

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON 1
U. E. R. DE MÉDECINE LYON - NORD

Année 1978 N°

- 166

LA RELATION PARENT - ENFANT - TIERS

Prolégomènes à

"ON VOLE UN ENFANT"

THÈSE

présentée

à l'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON 1
et soutenue publiquement le 11 mai 1978
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Bernard CHERVET

né le 19 septembre 1951

à Bourg-en-Bresse

Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON 1
U. E. R. DE MÉDECINE LYON - NORD

Année 1978 - N°

LA RELATION PARENT-ENFANT-TIERS

Prolégomènes à

"ON VOLE UN ENFANT"

THÈSE

présentée

à l'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON 1
et soutenue publiquement le 11 mai 1978
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Bernard CHERVET

né le 19 septembre 1951

à Bourg-en-Bresse

LA RELATION PARENT-ENFANT-TIERS

Présentée à

"ON VOLE UN ENFANT"

THESE



à l'UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1
et soumise publiquement le 21 mai 1978
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Bernard CHERVET

né le 13 septembre 1957

à Bourg-en-Bresse

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I

U. E. R. MEDECINE LYON-NORD

8, avenue Rockefeller

69373 LYON - CEDEX 2

TABLEAU DU PERSONNEL DE L'UNIVERSITE

Président de l'Université :	Pr. D. GERMAIN
Premier Vice-Président :	Pr. E. ELBAZ
Deuxième Vice-Président :	Pr. B. ROUSSET
Troisième Vice-Président :	Pr. R. LOPEZ
Secrétaire Général :	Mr RAMBAUD

oooOooo

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

<u>MEDECINE</u> Grange-Blanche	:	Directeur : Dr SALLE (M.C.A.)
Alexis-Carrel	:	Directeur : Pr. MORNEX
Sud-Ouest	:	Directeur : Pr. NORMAND
Lyon-Nord	:	Directeur : Dr NEIDHART (M.C.A.)
		Directeur Honoraire : Pr. BERTOYE
<u>BIOLOGIE HUMAINE</u>	:	Directeur : Pr. REVILLARD
<u>TECHNIQUES DE READAPTATION</u>	:	Directeur : Dr MORGON (M.C.A.)
<u>SCIENCES PHARMACEUTIQUES</u>	:	Directeur : Pr. BIZOLLON
<u>SCIENCES ODONTOLOGIQUES</u>	:	Directeur : Pr. VINCENT
<u>INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE</u>	:	Président du Conseil de l'U.E.R. : Pr. R. GUILLET Directeur : Mr A. MILLON

<u>MATHEMATIQUES</u>	: Directeur : Pr. E. COMBET
<u>PHYSIQUE</u>	: Directeur : Pr. J. DELMAU
<u>CHIMIE et BIOCHIMIE</u>	: Directeur : Pr. J. HUET
<u>SCIENCES DE LA NATURE</u>	: Directeur : Pr. R. GINET
<u>SCIENCES PHYSIOLOGIQUES</u>	: Directeur : Pr. J.F. WORDE
<u>INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 1</u>	: Directeur : Pr. B. POUYET
<u>INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 2</u>	: Directeur : Mr J. GALLET Directeur E.N.S.A.M.
<u>OBSERVATOIRE</u>	: Directeur : Mr MONNET Guy
<u>PHYSIQUE NUCLEAIRE</u>	: Directeur : Pr. GUSAKOW
<u>MECANIQUE</u>	: Directeur : Mle COMTE-BELLOT

oooOooo

A VERONIQUE

A GAEL et FLORENT

A MA FAMILLE

A MA BELLE-FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A TOUS CEUX DONT LA RENCONTRE A LAISSE EN NOUS UN QUESTIONNEMENT.

oooOooo

NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur M. COLIN

Monsieur le Professeur F. FRANCOIS

Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

Monsieur le Professeur Agrégé J. HOCHMANN

Monsieur le Docteur J.M. BOTTA

Monsieur le Docteur J.J. LUSTIN

Nous les remercions d'avoir accepté de faire la critique de ce travail.

oooOooo

A Monsieur le Docteur J.M. BOTTA,

Il nous a accepté jeune étudiant au sein d'un groupe de supervision de psychothérapie d'enfant. Point de référence de notre travail clinique, il nous a permis, en échappant à tout dogmatisme, de ne pas nous perdre dans les méandres des relations thérapeutiques duelles.

A Monsieur le Docteur J.J. LUSTIN,

Sa rigueur conceptuelle, son ouverture aux thèses modernes dans un continuel retour aux travaux classiques ainsi que son intérêt particulier pour la psychologie de l'enfant, nous ont souvent poussés à sortir des a - priori et à ouvrir des champs d'interrogation.

A Monsieur le Docteur M. SOULE,

Sa longue expérience, son désir d'approfondissement et la richesse de ses idées nous ont montré que toute recherche ne pouvait s'élaborer que dans un long et minutieux travail. Nous le remercions tout particulièrement des indications et critiques qu'il a pu nous faire tout au long de son séminaire.

oooOooo

Que ce travail soit l'occasion de remercier
Messieurs les Docteurs COULET, VIBERT et MACABEO de nous
avoir laissé nombre de responsabilités.

Nous tenons aussi à remercier particulièrement
les équipes de Psychiatrie infantile et de Pédiatrie avec
lesquelles nous avons fait ce cheminement.

Nous tenons aussi à remercier Dominique DE
FRANCESCO pour l'aide précieuse qu'elle nous a apportée
dans la réalisation de ce travail.

oooOooo

"C'est en toute humilité que l'homme
peut faire servir le peu qu'il sait de lui-même à
la reconnaissance de ce qui l'entoure."

A. BRETON

("Manifeste du Surréalisme")

P R E A M B U L E

oooooooooooo * ooooooooooooo

Introduire un texte n'est pas chose aisée. Le présenter simplifierait la tâche dans la mesure où nommé, il permet le "Voilà untel" sous-tendant "à vous de le découvrir".

Mais, la difficulté si elle existe pour l'auteur est due au fait que l'introduction il la connaît, en tant qu'il l'est. Il pourrait ainsi se passer de l'écrire. Mais, c'est aussi le lecteur qu'il faut introduire. Peut-être, pourrait-on le laisser s'introduire. Ceci augmenterait le champ de la rencontre avec le texte. Notre intention n'est pas si ambitieuse et elle contient le souhait de permettre une autre rencontre, celle du lecteur avec l'auteur et vice versa (ne serait-ce que le jour de l'utilisation officielle du texte).

Nous avons déjà noté que l'introduction ne peut être que biographique, donc ici autobiographique. Mais, déjà nous percevons quelques effrois dans les circuits neuroniques du lecteur. Voyeur, il s'est déjà précipité à travers plusieurs pages cherchant d'avant ou d'arrière sujet à sa satisfaction. Pudique, il revient rapidement à la couverture pour se rassurer ou plonge dans le plan au second chapitre là où il n'y a pas de risque. Enfin, le troisième, celui qui n'est ni l'un, ni l'autre, a peu de chances de soulever un jour ne serait-ce que la couverture de ce travail, et encore moins de chercher à voir ce qui peut bien se glisser entre les blancs feuillets.

De cette pente biographique, il est donc question quelque part. La chronologie eut été mieux respectée par la chaîne parent-enfant-tiers. Toutefois, une introduction dans cette chaîne, qui n'a rien de linéaire, peut être faite quelque soit le maillon choisi, à bien saisir qu'elle ne peut toujours qu'être considérée comme postérieure à une autre introduction : l'originnaire.

La complicité que nous soupçonnons entre le lecteur et l'auteur nous invite à nous introduire ensemble à l'extrémité terminale et -ou- à l'un des sommets de la configuration représentant la nomination du texte. C'est de notre être porteur du signifiant tiers qu'il va donc être question. Nous découvrirons avec tranquillité comment une interrogation s'est posée et parfois imposée à nous au point de nous donner quelque désir d'y aller voir. Mais le chemin est long et le labyrinthe faussement fléché n'a de cesse de nous faire croire qu'il y a là-bas quelque part la salle aux trésors. Mais, Sésame ne s'ouvre pas aussi facilement. De la même façon qu'avec ces figurines, personnages et contenants tout à la fois, s'ouvrant pour ne laisser apparaître qu'une autre plus petite mais identique, renforçant l'espoir de trouver à l'intérieur de la dernière un quelque chose qui, en s'amenuisant, ne fait que prendre de la valeur, nous avançons dans l'émerveillement et la crainte vers les profondeurs où encore et toujours c'est de notre rencontre avec nous-même qu'il s'agit.

Notre transport au fil des années, entre les continents de la Médecine, de la Psychologie et de la Psychiatrie nous amena à échoir sur les berges de l'enfance. Un intérêt particulier nous fit élire cette terre comme port d'attache. Chaque surprise appelait réflexions et retours aux maîtres. Cette possibilité de trouver des points de repères nous permit de ne pas trop nous perdre et ce faisant de nous risquer à la rencontre de cet autre-

enfant. Le risque ainsi pris eut toujours comme conséquence de nous faire mettre en question les positions parfois dogmatiques que nous rencontrions dans les lectures des cliniciens-théoriciens. Ainsi, notre naïveté d'alors, différente qualitativement de celle d'aujourd'hui fut placée avec tous nos a - priori face à un certain nombre de réalités professionnelles que nous allons survoler ici dans le seul but de montrer ce qu'elles ont de superposable à notre regard.

Plongés subitement dans le circuit des consultations spécialisées, nous avons pu être étonnés par l'importance de la souffrance apportée, par la quantité des demandes manifestes qui nous étaient faites et par la richesse des discours latents, des non-dits que nous pouvions percevoir sans savoir si cela correspondait au vécu des consultants et sans être certains de la réponse ou non réponse à apporter.

Bien sûr, nous avons gravi l'escalier des sérieuses études de médecine, parcouru les couloirs tristes de l'hôpital psychiatrique et essayé de profiter des enseignements de psychologie dans le chaos d'autres universités. Au risque de déplaire, il faut signaler l'aspect trop souvent répétitif, étouffant et de faible apport de ces menus. La compréhension des phénomènes humains et des mécanismes psychiques ne s'apprend, semble-t-il, pas dans nos universités. Ainsi, nous fut-il possible de faire face à nos nouvelles et précoces fonctions grâce à la découverte et lecture au cours de nos premières années de médecine des travaux du père de la psychanalyse et grâce aux expériences humaines que les études médicales nous ont laissé le temps de vivre.

C'est donc un regard d'explorateur que nous portions vers une région nouvelle. Le titre de ce travail pourrait être sous cet angle : la relation parent-enfant-regard d'un autre ou

plus brièvement parent-enfant-autre. Dans cette approche, nos fonctions officielles, ainsi qu'une certaine image proposée à nous de ce que devait être un psychiatre d'enfant, nous fit prendre la position très à la mode de la neutralité bienveillante. Il est facile actuellement de trouver des identifications de ce type ! Il nous aura fallu bien du temps pour percevoir que cette attitude correspondait à une forme moderne de défense et que sa valeur structurante nous renvoyait en un lieu bien précis. Toutefois, cette pseudo-écoute a-t-elle le mérite d'éviter d'autres pièges tels que ceux de l'activisme, du donneur de l'absolution, au distributeur automatique de produits pharmaceutiques. Mais, si elle nous apparaît actuellement très importante dans la mesure où elle tend à devenir une écoute réceptive, nous sommes persuadés de sa fonction freinatrice ou dénégative face à certaines souffrances ou pathologies. A l'extrême, c'est l'aspect sadique ou irresponsable qui pourrait être signalé, particulièrement face à certaines familles aux prises avec des angoisses dramatiques.

C'est donc dans un premier temps, la rencontre avec des parents et leur enfant dans le cadre de consultation qui nous fit nous poser les questions élémentaires du type : quel rapport y a-t-il entre ces parents et les difficultés de leur enfant ? De qui doit-on s'occuper ? Que faire de la tentation de soigner l'enfant et de celle d'exclure, sinon d'accuser, les parents ? Qu'en est-il de ce que nous vivons dans cette rencontre ?

Puis, aussi bien de part notre intérêt qu'en fonction de la pénurie de soignant, nous avons orienté notre attention et préoccupation vers le soin et la psychothérapie d'enfant. Ce faisant, nous cherchions à être un "autre-thérapeute" avec certainement à quelque part et cachée par un désir manifeste de compréhension, une tendance à vouloir guérir quelque chose situé

par nous à l'intérieur du patient-enfant. C'est peut-être cet aspect qui aurait pu faire donner comme titre à ce travail : la relation parent-enfant-thérapeute. Mais, là aussi, des questions méritaient d'être posées : comment devient-on thérapeute et thérapeute d'enfant ? Comment éviter les tendances identificatoires aux parents seuls ou à l'enfant seul ? De plus, comment être réceptif à ce que chacun apporte comme matériel sans se figer dans des attitudes prédéfinies en espérant que celles-ci éviteraient les écueils de la question précédente ? Comment ne pas privilégier telle souffrance en négligeant telle autre ?

Notre pratique de psychiatre - de l'enfant dans - sa structure d'élevage n'est certes pas faite uniquement de situation thérapeutique. Très souvent, nous fûmes confrontés à des problèmes, des familles, des institutions n'appelant pas comme réponse de notre part celle qu'en tant que psychothérapeute nous eussions été à même de proposer. Ainsi, bon nombre de difficultés scolaires, familiales ne sont-elles point à entendre ou regarder comme uniquement la manifestation de conflits intrapsychiques. De plus, il n'apparaît pas toujours possible face à ceux-ci de mettre en place un contrat permettant leur abord.

C'est ainsi que dans notre approche de l'enfant, il nous fut indispensable d'entrer en rapport avec d'autres institutions, soit au cours d'une thérapie, soit pour confronter nos approches de telle situation. La multiplicité des manières d'orienter la lorgnette place chaque représentant d'une institution dans une dynamique conflictuelle face aux autres. Bien sûr, toutes ces visées complémentaires mais différentes sont attachées à revendiquer que leur action est faite "dans" l'intérêt de l'enfant. Quelle tentation de se lancer vêtu de ses armures - dans notre cas celle de l'hygiène mentale - dans une croisade où très vite le but est effacé au profit du plaisir à pratiquer le combat

en espérant que le vainqueur puisse se présenter à l'enfant comme son défenseur de droit. Véhiculant les fantasmes de persécution, d'enfermement, pensant être sujets, victimes de toutes les conséquences des défenses des autres représentants de l'enfance, il est, là encore, aisé de se lancer tel Don Quichotte contre les moulins à vents qui n'ont de cesse de réapparaître. Un véritable épuisement de l'énergie est ainsi obtenue sans que l'enfant ou sa famille en ait été les moindres bénéficiaires. Mais, si au hasard d'un instant de dépression, l'on se demande pourquoi toutes ces folles chevauchées ? L'on est alors perplexe de ne pas avoir de réponse satisfaisante. Au contraire, ce sont d'autres questions qui apparaissent : où est l'enjeu de ces rivalités ? Pourquoi cette nécessité dans un repas cannibalique de découper l'enfant en territoire ? Quelle est la base de cette défense de territoire ? Est-elle du même type que celle que l'on retrouve dans les tribus d'animaux où le vieux mâle doit défendre ses femelles de la convoitise des plus jeunes ? Comment se fait-il qu'avoir l'enfant apparaît plus important qu'étudier son être au monde. Le partage de l'enfant-trésor n'est-il pas un compromis d'un autre désir : celui de l'avoir tout entier, de le voler à un autre (parent ou institution ou médecin, etc...). Et si ce désir et ce fantasme se trouvait dans la tête de chacun à quoi nous renverrait-il quant à ses origines ? Comment, à le considérer dans son aspect fantasmatique, ce "on vole un enfant" est-il négociable dans notre être et dans le rapport à un autre induisant le réveil du désir ?

Si toutes ces questions nous permettent de rêver quelques instants en laissant tomber les emblèmes que nous sommes sensés défendre, elles nous laissent devant un monde de mystère et le mystère de notre monde. Chacun essaiera d'y trouver sa solution. Ainsi, pour les uns, ce combat n'est-il que la sécrétion d'un système social où l'enfant "aliéné", "colonisé" est

le centre d'une lutte de pouvoir et de l'avoir, substitut moderne de la vente commerciale de la chose-enfant. Pour d'autres, l'infans est l'objet de la jalousie, de tendances prégénitales perverses que chacun essaie d'assumer sinon de sublimer dans l'intérêt qu'il lui porte. De même, lieu de fantasmes, de sexualité perverse polymorphe, il ne peut être accepté ainsi et est alors la pauvre victime des tendances à la domestication de certaines pédagogies ! De cette façon, chacun peut se placer dans la position du libérateur de la société ou de la victime. Nous sommes donc à tout moment sur le fil où rôle social et militantisme se rencontrent dans un équilibre difficile à conserver à moins de plonger d'un côté ou de l'autre.

Enfin, un autre aspect très important de notre pratique, soulignant la réalité de ces questionnements, fut une expérience de plus de deux années dans un service de pédiatrie. C'est en tant que référence psychiatrique et plus globalement psychologique que nous y avons travaillé. De façon hebdomadaire, nous participions à la vie toute en évolution de ce service. Bien sûr, tout ne fut pas facile, ni pour nous, ni pour les médecins et équipes médicales. C'est de cette difficulté que nous avons tiré l'assurance qu'une telle collaboration est souhaitable et même quasi indispensable. Bien sûr, notre avis de spécialiste apportait-il une aide aux pédiatres souvent surpris et désarmés devant tel ou tel trouble ou comportement. Bien sûr, cette collaboration avait-elle l'avantage de permettre des indications, conseils ou soins psychothérapiques directement dans le service de pédiatrie, soit très aisément sur un dispensaire d'hygiène mentale, étant donnée notre présence dans les deux lieux de soins.

Toutefois, là est le minimum de ce que cette expérience peut apporter. Nous pensons que cette confrontation

continue avec des équipes médicales nous a permis, sans nous faire perdre notre identité, d'exécuter une véritable épreuve de réalité pour nombre de nos convictions, a - priori tant sur l'abord de l'enfant, que sur la collaboration avec les "somaticiens".

Certes, avons-nous vu beaucoup d'enfants posant des problèmes soit au service, soit sur un plan comportemental, mais, combien de temps avons-nous passé à écouter, à être le réceptacle des angoisses et fantasmes ? Nous avons été aussi acceptés dans le service des prématurés où nous avons rencontré les infirmières pendant leur travail et quelques parents perplexes devant la machine médicale instaurant une distance entre eux et ce rejeton qu'ils pensaient avoir un peu "râté", "abîmé".

Tout ceci ne se passe pas sans changement et s'il en est un dont nous pouvons parler c'est bien sûr du nôtre. Là est le principal point que nous voudrions souligner dans cette introduction. Il s'agit, en effet, du changement que chaque rencontre avec tel parent, tel enfant, tel fonctionnement d'équipe, tel abord de l'enfance nous a amenés à vivre.

Après cet "autre" que nous avons été face à l'enfant, l'enfant et ses parents, l'enfant et les institutions, l'enfant et les pédiatres, c'est en tant que thérapeute que nous avons essayé de nous placer, puis, enfin en tant que tiers. En effet, ce qui nous a paru important c'est de pouvoir nous situer de façon tierce, dans une configuration triangulaire face aux couples où l'enfant est un des éléments. De cette position tierce, la possibilité d'être à l'écoute, ou informateur, ou questionneur, ou investigateur apparaît réalisable. C'est en fonction de cette capacité à être dans des rôles différents créés en regard de chaque situation qu'il serait possible d'envisager de devenir

thérapeutique à travers une ou plusieurs consultations ou au cours d'un long processus psychothérapique. C'est aussi dans la mesure où cette position tierce pourra être conservée que l'on verra tel parent, tel enfant, telle institution modifier ses aménagements et nous utiliser à l'élaboration d'un sens de leur vécu et à la continuité de leur évolution. C'est de même dans notre tentative par rapport à chaque dynamique où nous sommes introduits, de trouver la possibilité d'aménager entre nous et la situation une configuration triangulaire - en référence à un superviseur, à une théorie, ou à une recherche conceptuelle, utilisés comme repérage et comme sens - qu'il nous est possible de continuer à vivre un mouvement évolutif personnel.

oooOooo

"Au lieu de rechercher comment se produit la guérison par l'analyse... on devrait se poser la question de savoir quels sont les obstacles qui s'opposent à la guérison par la psychanalyse".

S. FREUD

("Analyse finie et analyse sans fin")

INTRODUCTION, POSITION DU PROBLEME

oooooooooooooooooooo * ooooooooooooooooooooo

Cette rencontre dont nous venons de parler, il ne peut être question d'omettre que c'est dans des lieux de soins que nous l'avons faite.

Notre activité, principalement composée de consultations, "prises en charge", "thérapies", nous a donc directement interpellés dans notre fonction de soignant. Les guillemets signalent déjà nos hésitations sémantiques et interrogatives. Avant de préciser notre choix terminologique, on peut noter que nous préférons les signifiants : soins, soignants et psychothérapie qui, bien que généraux, sont moins associés aux signifiés pesanteur, lourdeur, charge.

Notre questionnement surgit de cette rencontre Parent-Enfant-Tiers. Nous allons essayer de le poser puis de le cerner dans ces quelques lignes.

Certes, n'est-il pas question d'analyser et de résoudre tous les éléments d'une problématique relationnelle en quelques pages mais d'essayer de la situer dans la recherche actuelle et dans notre évolution personnelle.

Au cours et décours d'une consultation se présente toujours une série de questions :

• Qu'est-ce-qui a fait et fait que Parent-enfant-Tiers sont confrontés "ici et maintenant" dans un lieu à fonction soignante ?

• Que nous est-il demandé à nous, soignants ?

• A partir et au delà de ce qui nous est dit, domé, que peut-on "entendre" ?

• Comment le "dit" et le "non dit" sont articulés dans la demande ?

• Notre réponse, puisque c'est bien de cela qu'il s'agit, est-elle possible sinon satisfaisante ?

• A qui s'adresse la réponse : aux parents, à l'enfant, à nous-même ?

• Quelle est-elle ? - Résolution rapide, efficace, définitive d'un problème ? - Compréhension, explication du pourquoi de la situation pathologique ? - Proposition d'aide, de soutien ou véritable "prise en charge" de tout un groupe familial ? - Décision de collaboration dans l'essai de résolution des troubles ? - Décision de non-intervention ou opposition manifeste au choix des parents ?

Là, il y a une grande diversité dépendant des personnalités en présence dans ce face à face où le malaise et l'angoisse sont les premiers sentiments. Ceux-ci ne pourront se modifier qu'au fil de la demande, de la réponse et du rapport entre celles-ci, donc, dans une dynamique où dominent les désirs et les fantasmes de puissance, voire même de toute puissance et de culpabilité sinon de honte. Ce rapport de force, l'enfant en est l'objet et la scène. Mais comment pour des parents, ne pas ressentir a - priori une mise en accusation, une culpabilité, un vécu de mauvais objet ? Et comment pour le soignant ne pas être tenté de tenir cette place illusoire parce qu'uniquement

narcissique et déréalisée, du bon objet ?

C'est dans cette lutte - à mort et pour la vie - des "bons" et des "mauvais" que s'inscrivent, avant même le premier regard, les fantasmes projectifs et introjectifs, persécutaires et dépressifs.

C'est donc sur un tableau déjà fortement coloré de multiples nuances que vont se dessiner ces rencontres Parent-Enfant-Tiers. Mais, ne l'oublions pas, l'enfant est là entre les adultes et souvent point central de la dynamique, il est à ce lieu que certains appellent "noeud". De cette place, il peut être existant ou aliéné au sens où un discours qui le concerne, le traverse sans être le sien. Du piedestal où les autres ne parlent que de lui, il peut passer dans les oubliettes, dans les limbes, zones où repose l'ange mort.

C'est donc de cette demande explicite ou implicite, de cette réponse signifiante ou non qu'est marquée la consultation. Son issue dépend de la toile de fond et du dessin qui y prend forme hic et nunc et peut se traduire par une rupture, par une hésitation ou par un contrat.

Insistons encore sur le phénomène temporel dans lequel s'inscrit la rencontre, la consultation. Dès les premiers instants, au prix d'une rétroversion dans "l'histoire de" - rétroversion indispensable pour la compréhension - demandes et réponses se font dans un mouvement d'antéversion matérialisé par l'ensuite de cette rencontre. Ainsi, l'avenir de ce colloque singulier, véritable jeu de miroir dont les nombreuses facettes peuvent révéler à chacun une part de l'inconnue de sa dynamique relationnelle, reste en suspend et est toujours sujet à modification en fonction des désirs de chacun ou des réalités.

C'est en ce point que notre questionnement prend forme, en cette dynamique relationnelle teintée de la fonction soignante qui rend possible ou non le soin.

Notre expérience nous a souvent présenté des situations où le soin s'avérait possible et d'autres où il ne l'était pas, que ce soit lors des premières rencontres ou au cours d'un processus relationnel déjà plus avancé. Le pourquoi de cette observation a retenu notre attention et réflexion.

Une formulation plus circonscrite peut être la suivante :

- Que se passe-t-il dans ce complexe relationnel qui permet et favorise ou non le soin de l'enfant ?

- Ce "quelque chose", comme le P.C. RACAMIER en parlant du psychotique adulte et de sa famille, qui se passe entre Parent-Enfant-Tiers, de quoi s'agit-il ?

Avant de préciser ces questions, nous tenons à revenir, comme nous l'avons déjà signalé, sur notre préférence pour le terme "soin" et ses dérivés. Nous pouvons noter sa qualité de concept général et donc son choix correspond plus à une exclusion des autres termes qu'à une tentative de définir son contenu. En effet, en psychologie, "soigner" peut être associé à beaucoup d'autres concepts, souvent employés pour définir une activité à visée thérapeutique. On trouve aussi bien les termes réflexion, compréhension, analyse ou soutien, aide, revalorisation, réassurance, dédramatisation ou adaptation, intégration ou encore interiorisation, interprétation, frustration. Tous sont sous-tendus par le désir de permettre à l'homme de vivre un "être au monde" autonome, d'avoir une parole propre émise par un être désirant, pouvant s'assumer dans l'emploi du "je" et plus globalement de sentir un bien être corporel. Ce vécu d'accord, de bonheur, d'

équilibre intérieur entre les différentes instances psychologiques et avec le monde environnant est indissociable d'un principe énergétique. Si le soin n'est pas toujours économique, il en comporte la visée. C'est un peu comme si le "prix à payer" durant le soin entraînait une économie, une parcimonie dans la continuelle recherche de l'équilibre, c'est à dire de la meilleure gestion individuelle des pulsions. C'est de la capacité à les contenir qu'il est ainsi question dans le soin. Mais, c'est aussi de la possibilité pour l'expression des pulsions, les émotions, de frelater dans une rêverie à travers le corps tout entier et ses zones érogènes que le soin sera composé. Un autre aspect de celui-ci est également le passage des sentiments, des émotions dans les fibres de la compréhension, de la mise en sens, de l'intelligence pour l'obtention d'une élaboration. C'est donc un long cheminement où le perçu, le senti et le compris devront se lier étroitement qui peut imaginer ce que nous entendons sous cette acception.

Ces remarques permettent de mieux cerner notre choix terminologique et vont donc nous faire avancer quant à la question objet de ce travail.

Nous avons vu que la relation Parent-Enfant-Tiers est prémarquée et qu'elle va évoluer lors des rencontres successives des différents éléments du trio. Dans cette relation triangulaire, quelque chose peut favoriser ou inhiber le processus thérapeutique. Ce quelque chose, quel est-il ? Plusieurs réponses apparaissent rapidement et nous allons, dès maintenant, montrer leurs limites.

L'une voudrait faire porter aux parents la responsabilité de la possibilité ou non de la thérapie. Protégeant et déculpabilisant le thérapeute, elle apporte un confort relatif.

La répétition de la situation, la connaissance de soins possibles avec d'autres thérapeutes, l'impression subjective d'être à l'intérieur de ce pourquoi prouve que la réponse n'est pas si simple.

A l'inverse, on peut se demander ce qui, chez le thérapeute, a empêché la mise en place du processus de soin. Ainsi, pris dans un système uniquement introjectif, le précédent étant manifestement projectif, le soignant rencontrera ses propres limites thérapeutiques et apprendra par sa plus profonde connaissance de lui-même à les dépasser. Mais, parfois, cherchant uniquement à l'intérieur de lui-même, il risque de faire maints efforts inefficaces et finira-t-il par être ronger de culpabilité et de sentiment d'incapacité.

En n'envisageant que les responsabilités des parents ou du thérapeute, nous émettons l'a priori que l'enfant est passif dans la dynamique thérapeutique et qu'il n'a aucun rôle facilitant ou inhibiteur quant à celle-ci. Ceci méritera d'être étudié dans notre développement.

A considérer le système Parent-Enfant-Tiers, nous voyons se dessiner des vecteurs inter-relationnels sur lesquels peuvent s'appliquer les différentes opérations élémentaires pour aboutir à des résultantes multiples étant données les différentes possibilités combinatoires. C'est dans ce jeu de relations que nous posons notre question et notre hypothèse. Celle-ci consiste principalement à considérer le groupe Parent-Enfant-Tiers et à penser qu'il y a quelque chose qui s'y passe ayant une influence sur le soin de l'enfant.

Notre réflexion se portera donc principalement sur des rapports interindividuels. A considérer les relations, les communications, nous pensons éviter l'écueil d'expliquer un phé-

nomène par un seul élément de celui-ci.

Toutefois, il n'est pas question de refuser d'aborder les cas où un élément est prépondérant dans l'influence qu'il peut avoir sur le devenir de la relation que ce soit la problématique parentale, la pathologie de l'enfant et les bénéfices qu'il peut y trouver, l'insuffisance technique de formation du thérapeute, sa propre dynamique psychologique et les comptes personnels qu'il peut vouloir, souvent inconsciemment, régler ou encore d'autres éléments de la réalité (départ, divorce, accident, voire décès).

Pour aborder ces différentes questions, nous avons choisi deux approches qui, présentes conjointement dans notre pratique, ont toutefois lieu dans des temps différents. Nous commencerons par un abord littéraire c'est à dire un horizon de la documentation de seconde main. De nombreux auteurs ont participé à l'essai de résolution de cette problématique concernant le soin ; une priorité sera donnée aux recherches résolument psychologiques portant sur cette relation triangulaire Parent-Enfant-Tiers.

Nous laisserons donc à un autre travail les recherches ayant trait de façon plus ponctuelle à tel type de soin plus spécifique de telle appartenance nosographique. Nous ne considérons certes point de même ordre, les thérapies de troubles névrotiques (défenses phobiques, actes, idées compulsions et obsessionnelles, tics, inhibition dans la vie scolaire ou relationnelle de l'enfant) et de troubles appartenant à la sphère psychotique (défenses maniaques, relation symbiotique, voire autisme). Que l'on considère les troubles en fonction de la structure psychologique, des modes de défenses et de relations préférentiels ou d'une classification nosographique, les thérapies seront à

aménager plutôt qu'à indiquer dans la dynamique de la relation.

Il est facile aussi de comprendre quelle différence existe entre un travail portant sur les thérapies elles-mêmes et celui que nous proposons concernant le "quelque chose" intervenant dans l'évolution de ces thérapies.

Dans un second temps, utilisant notre expérience, nous essaierons à partir d'un certain nombre de consultations et thérapies de préciser ce qui nous a semblé entrer en jeu dans l'acceptation ou le refus de soin.

Déjà, une critique se dessine quant à la formulation et le choix du thème de ce travail.

A parler d'inter-relation, pourrait-on nous signaler, nous risquons d'omettre la vie psychique des différentes personnes en présence. Etudiant ce qui se passe entre les différents protagonistes, c'est une étude de phénomènes "externes" à l'enfant que nous pourrions faire au détriment des facteurs individuels.

Certes, tel est le risque. Envisager une thérapie psychologique en fonction des inter-relations peut aisément être considéré comme une négation de ce pourquoi la psychanalyse a eu à se battre, c'est à dire faire accepter l'existence d'une vie psychique intérieure et montrer que la maladie en psychiatrie infantile ne dépend pas que de facteurs externes néfastes. Mais, nous pouvons compléter cette première mise en garde par une seconde complémentaire. Négliger les facteurs "externes", c'est scotomiser l'implication du thérapeute dans le soin, c'est nier le transfert du soignant, et son contre-transfert. Comme le signale D.W. WINNICOTT (Processus de maturation chez l'enfant, chapitre

18), l'étude des facteurs externes se justifie pleinement quand nous pensons à la condition donnée pour une psychanalyse qui est que l'analyste soit suffisamment bien formé.

D'autre part, ne négligeant pas la vie psychique propre à chaque individu, objet proprement dit de la thérapie qu'elle soit effectuée par des méthodes suggestives ou analytiques, nous n'oublions pas la dimension sociale dans laquelle s'inscrivent Parent-Enfant-Tiers et soins. La structure de la famille, les rôles parentaux, l'approche et les réponses que divers groupes donnent aux questions fondamentales de l'homme, l'idée que ces groupes peuvent avoir de la maladie, de la guérison, du processus thérapeutique, tout cela est présent que ce soit lors d'une première rencontre ou lors d'une thérapie au processus plus avancé.

Ainsi, n'essaierons-nous pas d'étudier dans ce travail ni le psychisme et sa structure, ni la thérapie en elle-même, ni la place qu'occupe le trio Parent-Enfant-Tiers au sein de la société. Ces données apparaîtront de façon implicite dans notre discours mais ne seront pas l'objet stricto-sensu de notre réflexion.

oooOooo

CHAPITRE I

PARCOURS HISTORIQUE

*"Lorsque l'on a compris, on s'arrête,
on s'en tient à ce que l'on a com-
pris. Je ne comprends pas. Compren-
dre, c'est bien trop peu".*

IONESCO

("Journal en miettes")

Abordons maintenant la littérature se rapportant à notre sujet. Notre étonnement est grand de ne pas trouver d'écrits portant directement sur ce sujet chez les auteurs classiques. Certes, les thérapies psychologiques d'enfant n'ont que peu de recul dans le temps. Elles ont débuté par la parution en 1909 de "L'analyse d'une phobie chez un petit garçon de cinq ans (le petit Hans)" par S. FREUD.

Cet article a suscité bien des émotions dans le monde scientifique. Certains chercheurs s'intéressèrent alors aux troubles de l'enfant et à leur thérapeutique, par exemple Mme HUGH-HELLMUTH puis Anna FREUD, considérée comme le pionnier de l'analyse d'enfant. C'est avec cette dernière et M. KLEIN que se sont développées très largement les recherches théoriques et thérapeutiques concernant l'enfant.

Comme l'a précisé Elen KEY, le XX^e siècle est celui de l'enfant mais, d'après L. KANNER, c'est seulement lors de sa quatrième décennie que le travail avec l'enfant s'est développé par "la mise au point et la généralisation des méthodes psychothérapiques en particulier les thérapeutiques par les jeux interprétés d'après la technique freudienne".

Actuellement, les sciences de l'enfance sont en grand développement que ce soit par des abords pédagogiques ou psycho-

logiques. Elles travaillent dans les dimensions soit synchroniques, abordant les dynamiques relatives à chaque âge, leurs troubles et leurs thérapies, soit diachroniques par une étude génétique dynamique qui a l'avantage de situer les notions précisées précédemment dans une dynamique de devenir. Ainsi, l'enfance se place en tant que devenir et est indissociable par là de l'abord des structures adultes à venir.

Cet historique rapide nous permet d'annoncer le cheminement que nous allons choisir. Il se fera sur un mode chronologique en trois temps.

Tout d'abord, nous essaierons de dégager des écrits de S. FREUD ce qui peut alimenter notre travail.

Puis, nous tenterons de réunir les informations trouvées auprès de la première génération de thérapeutes d'enfants (A. FREUD et M. KLEIN).

Enfin, nous aborderons quelques auteurs contemporains appartenant à divers mouvements actuels de recherches sur l'enfance (M. MANNONI, F. DOLTO, D.W. WINNICOTT, S. LEBOVICI, M. SOULE, J. DE AJURIAGUERRA, R. DIATKINE, etc...). Cet abord sera fait dans le chapitre suivant. Bien que devant être placé dans la continuité historique, il sera isolé dans le but d'insister plus particulièrement sur les aspects pathogéniques de certains travaux contemporains.

/A/

A TRAVERS L'OEUVRE DE FREUD

oooooooooooooooo * oooooooooooooooooo

L'oeuvre de S. FREUD présente peu de matériel portant directement sur la psychanalyse des enfants. Toutefois, son oeuvre entière témoigne de son intérêt tout particulier pour les débuts de la vie et ceci aussi bien dans sa vie familiale que dans ses créations. Rappelons pour illustrer ceci que les premiers travaux du père de la psychanalyse, travaux portant sur la neurologie, traitaient de la paralysie cérébrale chez les enfants.

Comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, c'est surtout à son étude du petit Hans que nous nous reporterons.

Nous devons rappeler brièvement les conditions de cette thérapie. S. FREUD insiste dès les premières lignes sur les conditions du travail thérapeutique : "l'histoire de la maladie et de la guérison d'un très jeune patient... qui n'émane pas, à proprement parler, de ma propre observation". Il précise alors le rôle joué par lui et par les parents de Hans : "j'ai ... donné les grandes lignes du traitement et je suis même, une seule fois, intervenu personnellement au cours d'un entretien avec le petit garçon ; mais le traitement même a été appliqué par le père de l'enfant".

En présence, on trouve lors de cette thérapie : Hans, son père et S. FREUD ou le plus souvent la référence au "Professeur", à sa pensée, à ses croyances, ses découvertes :

"ses parents comptaient tous deux parmi mes plus proches adhérents".

S. FREUD insistera tout au long de son observation sur les qualités du père de Hans, tant humaines que scientifiques. Une citation marque très nettement l'optique de S. FREUD quant à la possibilité de la thérapie par le père même de Hans : "Aucune autre personne, je pense, ne serait parvenu à obtenir de tels aveux". Il explique cela par "la réunion de l'autorité paternelle et de l'autorité médicale en une seule personne et la rencontre en celle-ci d'un intérêt dicté par la tendresse et d'intérêt d'ordre scientifique".

Au cours du texte exposant ce cas, nous pouvons retrouver assez souvent des phrases du type "c'est grâce au père que...", "c'est grâce à l'intervention du père que..." traduisant la valorisation du père de Hans par S. FREUD.

Leur relation apparaît donc mutuellement positive avec une admiration, une confiance, un intérêt commun et une amitié réciproque.

S. FREUD insiste encore sur un autre facteur particulier à cette famille. Parlant du père de Hans, il dit que "il ne faut pas toujours, quand on traite d'autres cas, compter sur autant de compréhension".

Avant d'essayer de cerner ce qui permet la mise en place, le déroulement de la thérapie de Hans, nous ferons une remarque déjà souvent exprimée concernant la mère de Hans. En effet, elle apparaît absente de la relation Parent-Enfant-Tiers. Elle existe dans les paroles de Hans, mais on ne connaît rien de son attitude par rapport aux soins, à la thérapie de son fils,

il n'en est jamais question. M. MANNONI dans la première partie de "L'enfant, sa "maladie" et les autres", insiste sur le vécu d'exclusion que peut avoir la mère et relie celui-ci au dénouement de la vie de couple des parents de Hans : le divorce. "Sans doute, le divorce eût-il été évité si S. FREUD avait été plus attentif aux plaintes maternelles : cette mère, à qui l'analyse avait "ravi" son mari, puis son enfant, n'a trouvé qu'une amie comme confidente".

Ainsi, le père se place-t-il comme le principal agent de la thérapie et surtout de la transcription des paroles de Hans. D'autre part, la rédaction de cette observation a été faite par S. FREUD à partir des notes prises par le père lui-même. Certes, cela permet-il de comprendre que ce soit la dynamique père-fils qui est rapportée mais ne suffit pas à expliquer la mise à l'écart de la mère. On peut aussi penser que S. FREUD, introduit comme tiers dans le couple parental, ne peut percevoir la dynamique de ce couple n'ayant pas pu écouter la mère de Hans.

Cette réponse à la question sur la place de la mère dans la relation Parent-Enfant-Tiers est créée à - posteriori et il est de l'ordre de l'hypothèse que de penser que le dénouement du couple eût été différent si la rencontre mère de Hans-FREUD avait eu lieu.

Ce que l'on peut remarquer, c'est que cette situation n'a pas empêcher le processus thérapeutique de se dérouler pour Hans.

En somme, la fonction parentale est-elle représentée dans l'observation par le père qui se partage avec S. FREUD la fonction thérapeutique. Ce dernier est à la fois le pôle de référence, le superviseur du père et un personnage très savant,

quasi tout-puissant par Hans : "quand je veux écrire au Professeur, je suis toujours content", "le Professeur parle-t-il avec le bon Dieu pour qu'il puisse savoir tout cela d'avance ?".

Ainsi, si S. FREUD n'aborde pas directement ce qui permet le déroulement de la thérapie, on peut relever un certain nombre d'éléments, considérés souvent par lui comme positifs, intervenant en la faveur du traitement.

C'est surtout la relation entre S. FREUD et le père, relation que nous avons qualifiée de mutuellement positive et qui est faite d'une grande confiance permettant le partage de l'expérience thérapeutique. Un accord, une alliance entre leurs désirs respectifs de réparation peut donc s'établir, renforcé, certes, par leur commune curiosité scientifique. S. FREUD et le père de Hans partagent un même intérêt. Leurs désirs peuvent converger en un même point qui est le traitement de Hans, ainsi conservent-ils une configuration triangulaire à leurs relations. Un dernier point attire notre attention. S. FREUD explique la "phobie" du petit Hans par les mécanismes psychiques inconscients de ce petit garçon mis en jeu dans le cadre des théories sexuelles infantiles. Jamais, ne trouvons-nous dans ses propos un renvoi de responsabilité, certes culpabilisant, envers les parents de Hans.

Ceci apparaît très important car nous savons combien de parents présentent face à leur enfant malade, des sentiments de culpabilité. Ce sentiment n'apparaît pas de façon explicite dans les paroles du père de Hans, mais, ne faut-il pas comprendre ses efforts thérapeutiques, sa particulière attention, son désir de réparation, comme étant intimement lié à ce sentiment latent, de la même façon que l'envers l'est à l'endroit. Les fantasmes agressifs à l'égard de l'enfant sont tout naturellement source

de culpabilité quand dans la réalité, l'enfant peut paraître "abîmé" en présentant un handicap ou un trouble du développement.

Une autre hypothèse, rejoignant notre remarque sur l'absence de la mère dans la relation thérapeutique, consisterait à penser que la responsabilité et la culpabilité soient projetées sur celle-ci. Cette idée semble pouvoir être émise si l'on considère que la plupart des "erreurs" éducatives, des réponses erronées, "mensongères" (dixit M. MANNONI) quant à la différence des sexes, sont dans le texte émises par la bouche de la mère.

Ce que nous retenons pour notre travail, c'est l'absence de culpabilisation dans les paroles de S. FREUD, bien au contraire la valorisation et la véritable alliance avec tout ce qui peut être chez le père effort de compréhension, intérêt, analyse et amour de Hans.

oooOooo

/B/

LES PIONNIERS DE LA PSYCHANALYSE D'ENFANT

ooooooooooooooooooooo * oooooooooooooooooooooo

Dans ce second paragraphe, ce seront les positions et, ce que nous pouvons en apprendre par leurs écrits, de celles que nous pouvons considérer comme les pionniers de la psychanalyse des enfants, c'est à dire Anna FREUD et Mélanie KLEIN, qui seront l'objet de notre attention.

Leurs divergences peuvent se comprendre à partir des contradictions dans l'oeuvre de S. FREUD au sujet des origines et du développement du lien nourrisson-mère.

En effet, l'oeuvre de S. FREUD évolue et comme le signalent S. LEBOVICI et M. SOULE dans "La connaissance de l'enfant par la psychanalyse", "dans la seconde décennie de ce siècle, FREUD avait en grande partie abandonné la théorie traumatique de la névrose et s'était attaché à des descriptions de l'Inconscient, que sur le plan économique". De plus, "si l'on tente de saisir l'ampleur de l'évolution de la pensée de FREUD, on peut en donner une image probablement valable en soulignant les oscillations qui la conduisirent des conceptions sur l'environnement à celles qui laissent la première place aux conflits endopsychiques et aux organisations qui en sont la conséquence".

Pour illustrer cette évolution, une citation de S. FREUD lui-même, citation relevée dans son article "L'homme aux loups" (page 377), mérite d'être rapportée ici : "c'est pourquoi

on pourrait être tenté de s'épargner de la peine en comblant les lacunes que présente le souvenir d'un patient au moyen d'enquêtes entreprises auprès des membres de la famille. Cependant, je ne saurais assez fortement vous déconseiller pareille technique. Ce que les parents racontent en réponse à des questions et à des enquêtes est à la merci de toutes les objections critiques pouvant entrer en ligne de compte. On regrette invariablement de s'être rendu dépendant de tels renseignements, on a, par là, troublé la confiance en l'analyse et institué au dessus d'elle une cour d'appel. Ce qui est susceptible de souvenir doit apparaître de toutes façons au cours ultérieur de l'analyse".

C'est donc par rapport à ces oscillations que deux écoles vont naître et bien souvent s'opposer.

D.S. AINSWORTH (cité par J. DE AJURIAGUERRA) pense que A. FREUD et d'autres théoriciens qui lui succèdent (SPITZ par exemple) "suivent traditionnellement l'emphase de S. FREUD sur la labilité des objets" et "considèrent le développement des relations objectales comme inextricablement jumelé avec le développement du Moi".

Différemment bien que toujours en référence au père de la psychanalyse et à la suite de M. KLEIN "l'autre groupe de théoriciens considèrent les relations d'objet comme primaires plutôt que secondaires et acquises".

La première tendance peut être définie comme étant dans la tradition de la psychologie du Moi, la seconde se désigne elle-même comme théorie des relations d'objet.

Ceci pouvant apparaître assez éloigné de notre questionnement prend toute son importance en ce qu'il explique en

partie la position de chacune des tendances quant à la relation Parent-Enfant-Tiers, dans le cadre de la thérapie de l'enfant en difficulté.

Schématiquement, on peut voir chez A. FREUD un grand souci à unir les pôles thérapeutiques et éducatifs et pour cela à être comprise et acceptée des parents de l'enfant en thérapie. Ceci l'a conduite à ne prendre en analyse que des enfants de parents ayant eux-même une expérience psychanalytique.

Différemment, M. KLEIN insiste sur la séparation radicale de la thérapie et de l'éducation. Elle évite l'interférence du discours des parents dans la thérapie de l'enfant et si elle cherche à être acceptée d'eux, elle n'attend pas beaucoup de leur compréhension, celle-ci n'étant, à son avis, que peu utile à la thérapie étant donné son point de vue théorique consistant à considérer le psychisme de l'enfant comme isolé.

Mais, voyons ce que dit chacune de ces figures de la psychanalyse d'enfant, en suivant simplement un ordre chronologique. C'est donc en premier à A. FREUD que nous donnerons la parole puis à M. KLEIN, tout en essayant constamment, de replacer leurs positions respectives par rapport à l'évolution historique des découvertes de la psychanalyse.

I . ANNA FREUD

C'est surtout dans une comparaison avec la psychanalyse d'adultes que A. FREUD, cherchant les différences et les similitudes techniques, étudie dans son ouvrage "Le traitement psychanalytique des enfants", les conditions et l'évolution de la thérapie des enfants.

Elle porte donc son interrogation vers le matériel sur lequel vont pouvoir travailler analysé et analyste, c'est à dire les souvenirs, les rêves, les associations libres. Puis, elle essaie de montrer que la névrose de transfert habituelle au cours des thérapies d'adultes n'existe pas dans une cure d'enfant.

Elle insiste sur la pauvreté des associations libres et des souvenirs. Faisant ce constat, elle déduit toute l'importance de "la période préparatoire ouvrant le chemin à l'analyse". C'est un traitement en deux temps qu'elle présente : la phase préparatoire puis la thérapie analytique proprement dite. La nécessité de cette phase préparatoire est d'après l'auteur, due au fait que "le recours à l'analyse ne part jamais du petit patient, mais toujours des parents ou de l'entourage" et que "tout ce qui apparaît indispensable dans la situation de l'adulte fait défaut dans celle de l'enfant : la conscience de la maladie, la détermination personnelle et la volonté de guérir".

C'est cette attitude comparative et ce constant repérage à la technique psychanalytique telle que S. FREUD a pu la décrire à partir de thérapies d'adultes qui semble donc handicaper A. FREUD dans son approche. Se trouvant devant une situation différente où parents et enfants sont impliqués dans la thérapie, elle cherche à retrouver des conditions qui permettent à l'analyste de n'être le lieu de transfert que de son patient. Ceci faisant, elle réserve le traitement psychanalytique aux enfants de parents analysés ou en analyse, pensant, croit-elle, ainsi éviter les fantasmes, résistances et transfert des parents sur le thérapeute de leur enfant. Cette précaution pouvant être qualifiée de défensive a comme conséquence que "celui qui s'occupe de l'enfant se prive ainsi de l'apport nécessaire constitué par la parole maternelle et il fait mal la part du fantasme, préoc-

cupé qu'il est dans une certaine conception de l'aide à apporter dans le réel." (M. MANNONI : "L'enfant, sa "maladie" et les autres").

Sa conviction quant à l'absence de névrose de transfert et cette précaution contre le transfert des parents sur l'analyste semble empêcher A. FREUD d'être à l'écoute des questions que enfant et parents posent. Elle s'intéresse alors au matériel (qu'elle considère comme pauvrement apporté par les conditions de la thérapie d'adulte : associations libres, rêves, souvenirs) et semble en analysant ce matériel, ne pouvoir analyser ce qui est en jeu dans la relation analysé-analysant. Cela fait donc de la situation analytique une rencontre intersubjective où le transfert est utilisé plutôt qu'analysé.

D'autre part, elle perçoit très bien que la demande de traitement qui est faite par les parents se base plus "sur une attitude personnelle que sur une estimation objective de la maladie de l'enfant". Dans cette demande, la souffrance existe plus ou moins chez l'enfant et "elle est partagée également entre les parents et l'enfant". Percevant pourtant l'importance du monde fantasmatique commun à l'enfant et aux parents, elle fait un retour vers la réalité de la maladie. Certes, a-t-elle raison quand elle signale que c'est la gêne du symptôme de l'enfant qui amène la demande et qui "secondairement fait sentir à l'enfant sa souffrance", mais elle oublie ce qu'elle a pu signaler ailleurs c'est à dire que, enfant et parents partagent une souffrance et que le vécu de chacun bien que différent de celui de l'autre ne peut que lui être lié. Si la demande de thérapie dépend, comme le dit A. FREUD, de l'aspect anormal du symptôme dans la relation parents-enfant, elle est aussi basée sur la problématique inconsciente des parents et de l'enfant, problématique qui essaie, en vain, de trouver un sens avec et par le symptôme.

A partir du constat de la différence entre les thérapies d'enfant et d'adultes, A. FREUD cherche "si les bonnes dispositions qui manquent chez l'enfant ne peuvent être suscitées en lui de quelques manières". Ainsi, cherche-t-elle à rendre l'enfant "analysable" et pour cela à "susciter chez lui une conscience de la maladie, à lui inspirer confiance en l'analyse et en l'analyste et à changer le recours extérieur à l'analyse en une détermination d'ordre intérieur". Ceci est possible grâce au temps de préparation, de "dressage" comme le dit l'auteur.

Pour permettre la thérapie, c'est surtout le gain de confiance de l'enfant qu'elle espère lors de cette phase consistant surtout à renforcer le "transfert positif" vis à vis du thérapeute. Miroir narcissiquement très favorable envers l'enfant, l'analyste obtient sa confiance, son amour et sa "dépendance complète". En somme, A. FREUD pense que "la tâche essentielle est d'établir un lien assez fort pour soutenir l'analyse à venir".

On pourrait s'étonner de nous voir insister sur cette phase préparatoire et ses buts, mais son existence n'est-elle pas directement due à celle des parents ? En effet, A. FREUD insiste beaucoup sur l'amour, l'investissement que les enfants peuvent porter envers leurs parents ou entourage. Il semble que ce temps préparatoire consiste à modifier les investissements antérieurs et que pour l'auteur, le travail analytique ne puisse être entrepris sans la sécurité du "partage" des sentiments de l'enfant.

Nous avons déjà signalé que l'enfant commençait une thérapie généralement sur la demande des parents, il importe ensuite qu'ils comprennent la nécessité d'un traitement long et qu'ils considèrent la thérapie comme étant bonne. Tout cela prend

une grande valeur chez A. FREUD qui insiste sur le contrat de soin pour l'enfant passé avec les parents. Elle donne l'exemple d'un enfant où ce contrat s'est fait entre le thérapeute et l'enfant contre les parents et où la thérapie n'a pu se poursuivre. Mais, l'auteur ne s'interroge pas sur ce qui, chez les parents et le thérapeute, a fait qu'une situation d'opposition se soit créée.

Pour A. FREUD, les parents sont plus que l'enfant capables de comprendre le but du traitement et c'est cette compréhension qu'elle recherche. C'est par rapport à ce désir de l'analyste d'enfant d'être compris par les parents que M. MANNONI parle de défense du thérapeute contre le fantasme du vol d'enfant. Nous reparlerons de l'importance de ce fantasme que nous pouvons d'ores et déjà situer dans la dynamique transférentielle et contre transférentielle de la relation parents-thérapeute d'enfant.

Cherchant à obtenir un investissement très positif de la part de l'enfant, parfois même à déplacer sur elle d'autres investissements objectaux (cas de la petite fille aimant beaucoup sa bonne et contre laquelle A. FREUD croit devoir partir en lutte pour pouvoir continuer le traitement), l'auteur s'explique en insistant sur un élément de la réalité de la thérapie des enfants : "L'analyste est payé et engagé par les parents". De ce fait, l'enfant peut être retiré facilement si une alliance ne s'est pas élaborée entre parents et thérapeute : "c'est eux (les parents) qui doivent décider d'entreprendre et de continuer le traitement", donc, "la famille de l'enfant ne peut être totalement exclue de l'analyse". C'est encore par rapport à des réalités (demande d'analyse, paiement, etc...) que A. FREUD situe la relation parents-thérapeute, semblant constamment percevoir sans pouvoir l'introduire dans sa relation avec les parents que l'enjeu ce sont les désirs du thérapeute et des parents au sujet de l'enfant. Cette mise en scène de désirs à travers certains fantasmes tel celui du vol de l'enfant n'est jamais amené à la conscience comme si quel-

que chose dans le transfert réclamait le maintien d'une résistance devant "garantir" le thérapeute contre le fantasme et le désir vécus comme dangereux.

Nous voyons très clairement la position défensive de A. FREUD par rapport aux fantasmes des parents et donc aux siens propres que ceux-là éveillent quand elle affirme : "Je n'entreprendrai plus aujourd'hui aucune analyse d'enfant dans laquelle la personnalité des parents ou leur préparation analytique ne paraîtraient pas me donner une garantie contre un tel dénouement".

Et nous touchons, semble-t-il, une limite de la position de l'auteur quand nous voyons qu'une condition au traitement analytique de l'enfant consiste en un traitement des parents.

C'est donc principalement en terme d'économie psychique, d'investissements, que A. FREUD aborde le problème de la relation Parent-Enfant-Tiers. Une plus petite place est réservée au monde fantasmatique, aux vécus des parents pendant l'analyse de leur enfant et au discours portant sur leur enfant. On note aussi peu d'éléments concernant le vécu de l'enfant face à cette relation parent-thérapeute et moins encore au sujet du transfert de l'analyste lui-même.

C'est donc sur les investissements de l'enfant que A. FREUD cherche d'abord à agir et on comprend alors la nécessité de séduction - on peut à ce sujet se référer à la thérapie de "KRANKIE" faite par B. BORNSTEIN où sont décrits de nombreuses manoeuvres tactiques ayant pour but de créer l'alliance thérapeutique - qui est en jeu face à l'enfant et aux parents : "Nous cherchons à nous rendre intéressants et utiles". Au sujet de cette activité visant à augmenter le "transfert positif" et à diminuer tout "transfert négatif" envers le thérapeute, A. FREUD parle en terme de "puissance",

de "notoriété", "d'autorité extérieure".

Et au terme de cette phase préparatoire et ensuite tout au long du traitement, l'analyste devient aux yeux de l'enfant "une personne indubitablement très puissante lorsque l'enfant sent que son autorité est placée au dessus de celle de ses parents". Nous retrouvons très nettement le point de vue économique dans ses termes et le fait que pour l'auteur, il s'agit véritablement d'un rapport de force. Pensant toutefois que c'est dans l'acceptation d'un partage avec les parents des investissements de l'enfant que le traitement se fait le mieux, elle parle de cas où elle doit lutter contre certaines relations négatives à l'analyse : "l'attachement de la petite fille à une bonne auprès de qui l'analyse n'était pas en faveur constituait l'obstacle auquel nos efforts se heurtaient quand ils atteignaient une certaine profondeur. En effet, la fillette acceptait bien ce qui ressortait de l'analyse et ce que je lui disais, mais seulement jusqu'à un certain point, jusqu'au point où elle s'y autorisait et à partir duquel elle voulait rester fidèle à sa bonne... J'entrepris en conséquence une lutte opiniâtre contre cette bonne pour gagner l'affection de l'enfant".

Ainsi, si les ou l'objet d'amour n'autorise pas l'enfant à se soigner, il y a un véritable rapport de force à l'intérieur de l'enfant entre ses investissements sur l'analyste et sur son entourage. C'est une des raisons qui ont poussé A. FREUD à s'occuper aussi bien du traitement que de l'éducation de l'enfant en analyse et désirant jouer les deux rôles, il est important pour elle que les parents l'acceptent. A. FREUD place donc l'enfant devant un choix duquel dépend la thérapie. Cette position peut sembler quelque peu manichéenne et se référer à la loi du tout ou rien, tant il semble que l'auteur réclame un transfert massivement positif sur sa personne prisonnière qu'elle est d'une relation

imaginaire, sur le mode de la rivalité, aux autres objets de l'enfant. Quand ces objets sont les parents mêmes de l'enfant, l'auteur s'interroge : "Représentez-vous donc combien le rôle de l'analyste devient pénible quand il a ~~comme~~ adversaire non des étrangers, mais les propres parents de l'enfant ou quand il doit se demander s'il vaut la peine, en vue du résultat du travail analytique, de soustraire l'enfant à une bonne et favorable influence de quelqu'un". Et échappant à cette position d'écoute, de neutralité, de lieu de parole, A. FREUD fait de la situation analytique uniquement une relation intersubjective : "Il résulte de là, comme l'enfant est attaché par ses sentiments aux deux parties, une situation analogue à celle d'un mariage malheureux, où l'enfant est devenu objet de litige". La scène qui se dessine renvoie à l'appartenance, à l'avoir et donc au risque de perte, de vol et nous avons de sentiment de ne plus nous trouver dans l'histoire de la recherche et de la découverte d'un être au monde.

Ainsi, cette opposition, A. FREUD en parle en tant que résistance des parents à l'analyse de leur enfant et elle rattache cela au fait "qu'ils voient d'un mauvais oeil - spécialement les mère - un étranger réussir là où ils ont eux-même échoué".

Tous les efforts du thérapeute sont donc tournés vers l'obtention d'un lien très fort qui "importe même bien davantage dans l'analyse des enfants que dans celle des adultes". A. FREUD pense même que le transfert négatif est gênant pour l'analyse des enfants et que le "travail fructueux ne s'accomplira qu'à la faveur d'un lien positif entre l'analyste et l'enfant". Certes, une question se pose face à cette affirmation. On sait à quel point, les couples de signifiants contradictoires tels que aimer-haïr, bon-mauvais, nourrir-empoisonner, vivre-mourir sont très fortement liés dans l'inconscient. Il n'est donc pas possible d'aborder l'un des éléments de ces couples sans que l'autre apparaisse.

De plus, le transfert négatif n'est-il pas tout autant analysable que dans les thérapies d'adulte ? Empêcher son expression et son interprétation dans le cadre de la cure permet-il une thérapie psychanalytique ? La discrimination entre les différentes pulsions ou les expressions variables d'une même pulsion semble bien être à l'opposé des principes de base de tels traitements.

Mais, si pour d'autres auteurs, le traitement se passe dans la névrose de transfert, pour A. FREUD, il est possible grâce au transfert positif et au but éducatif présent en l'analyste.

C'est là que nous trouvons la plus grande différence avec M. KLEIN, quand A. FREUD dit que "l'analyste aura à partager avec les parents l'affection et la haine de l'enfant... Il n'y a aucune nécessité pour l'enfant à ce qu'il substituât l'analyste à ses parents". Ainsi, dans un partage du rôle éducatif avec les parents, l'analyste partage les sentiments qu'éprouve l'enfant sans qu'il y ait de névrose de transfert et pour cela "l'analyste d'enfant doit être tout plutôt qu'une ombre". Il est connu de l'enfant dans ses goûts, ses approbations, ses blâmes. Ainsi, est-il "un mauvais objet de transfert, c'est à dire peu utilisable en ce qui concerne l'interprétation du transfert".

De tout cela découle une autre conséquence dans la relation Parent-Enfant-Tiers ; l'enfant "continue à reproduire ses réactions anormales, là où il les a produites jusqu'à présent, dans sa famille" et le thérapeute "doit diriger son attention sur le milieu où s'exercent les réactions névrotiques, c'est à dire sur la famille de l'enfant" et même comme le dit l'auteur "établir un service permanent de renseignements sur l'enfant, connaître les personnes de son entourage et être sûr jusqu'à un certain point de leur réaction vis à vis de lui".

Ainsi pour l'auteur, la réalité de l'entourage prend à tel point d'importance qu'elle envisage dans les cas défavorables, une séparation de l'enfant et de son milieu, le nouveau milieu devant être très favorable à l'analyse, pouvant même parfois être composé de l'analyste en personne. Mais, l'auteur perçoit très bien à quel point cette attitude trouve un écueil au moment du retour de l'enfant soigné dans sa famille qui ne lui permet que de "reprendre ou bien le chemin de la névrose ou bien la voie opposée : celle de la révolte ouverte", c'est à dire un comportement négatif quant à l'adaptation sociale.

Nous pouvons voir très nettement à travers ces citations que pour l'auteur "le monde extérieur tient une plus grande place dans les mécanismes de la névrose ou de l'analyse infantile que ce n'est le cas chez l'adulte". Ainsi, cherchant à trouver dans la réalité quotidienne et anamnétique ce qui peut et a pu entraîner des distorsions au niveau du Moi, A. FREUD oublie la précaution mentionnée par S. FREUD dans l'Homme aux loups que nous avons transcrite plus haut dans le texte. Cherchant par des enquêtes à rétablir la réalité des faits, elle oublie que la thérapie se fonde sur et par la reconstruction de la réalité psychique de l'individu dans le cadre de la cure analytique, c'est à dire dans une dynamique transférentielle.

Un dernier point reste à aborder concernant l'effet que le traitement analytique a sur l'enfant et de ce fait sur l'entourage. Parlant du Surmoi et de sa genèse, A. FREUD montre sa dépendance vis à vis de l'entourage et elle conclut que "l'analyse de l'enfant n'est pas du tout une affaire privée qui puisse s'accomplir exclusivement entre deux personnes, l'analyste et son patient" puisqu'elle libère des tendances instinctives du refoulement et que le Surmoi - les parents dans une thérapie d'enfant - devra contrôler ces pulsions inconscientes. Ainsi, témoigne-t-elle

de sa "peur de l'immoralité comme conséquence du traitement analytique" (1945 in Le traitement psychanalytique des enfants) et oublie-t-elle en opposition à S. FREUD et M. KLEIN que la thérapie ne s'oppose pas à l'éducation mais qu'elle peut en être un "auxiliaire" (M. KLEIN : Le développement d'un enfant, 1921).

"L'analyse n'annule pas les résultats du refoulement mais elle substitue à la répression, la domination et la maîtrise" (S. FREUD : Le petit Hans).

Présentant une théorie génétique des troubles névrotiques où le Surmoi prend une grande place et où ce sont les parents "qui par leurs exigences excessives ont poussé l'enfant à un excès du refoulement et en ont fait un névrosé", elle déduit qu'il paraît donc dangereux de leur laisser la décision sur la destinée de la vie instinctive maintenant libérée" et que "l'analyste doit réclamer pour lui-même la liberté de diriger l'enfant". Ce ne sera que si les parents ont "été assez avertis et éclairés par la maladie de l'enfant pour être prêts à adorer maintenant leurs exigneces" qu'une coopération, un vrai partage du travail analytique et éducatif sera possible.

Nous tenons à faire remarquer encore que A. FREUD place parents et thérapeute dans une relation linéaire par rapport à l'enfant. Ceci laisserait penser que la cure psychanalytique est envisagée comme une expérience correctrice, que la mère peut continuer seule chez elle, si l'analyste l'en juge capable. Ces parents se trouvent ainsi en tutelle, l'analyste leur signifiant ce qu'ils ont à faire. C'est cette position de tiers que l'analyste, de façon fantasmatique, utilise pour se repérer dans ses autres relations, que A. FREUD semble définitivement quitter.

Ainsi, pourrait-on résumer la pensée de A. FREUD par

cette phrase mise en exergue par l'auteur : "il faut que l'analyste parvienne à se substituer, pour toute la durée de l'analyse, au Moi idéal de l'enfant". L'analyste aura donc à donner à l'enfant une impression de puissance et ce dernier "sera disposé à accorder la première place dans sa vie affective à ce nouvel objet de son attachement que s'il sent que l'autorité de l'analyste est placée encore au dessus de celle de ses parents".

Nous finirons cette étude en montrant l'aspect théorique de A. FREUD concernant la genèse des troubles névrotiques de l'enfant. Quelques citations précédentes montrent qu'elle parle des parents en tant que "cause de la maladie de l'enfant" et en tant que ceux "qui doivent aider à sa guérison". On note donc une responsabilité importante attribuée aux parents avec une grande ambivalence de l'auteur à leur égard. Parfois, elle désire les aider à changer et coopérer avec eux, voire même partager le rôle éducatif, parfois, encore, elle les considère comme incapables de répondre favorablement aux difficultés de leur enfant et cherche alors soit à séparer parents et enfant, soit à obtenir d'eux la totalité des rôles thérapeutique et éducatif. Il semble que cette dernière solution correspondant à l'évincement des parents soit très difficile à réaliser même si elle est souhaitée par l'auteur.

Elle opte donc à la fin de son ouvrage pour une collaboration avec des parents convaincus de l'intérêt de la psychanalyse, souvent eux-mêmes analysés et pouvant ainsi élaborer une alliance avec le thérapeute. Mais, cette alliance, comme nous en avons déjà fait la remarque, tend à faire perdre à l'analyste sa position de tiers face à l'enfant et aux parents. Certes la collaboration et l'alliance sont-elles souhaitables mais elle ne doivent pas se faire aux dépens de l'écoute de la parole des parents, écoute qui les renvoie à leur propre monde fantasmatique.

En conclusion, nous noterons que les conditions du traitement psychanalytique semblent fort différentes lorsqu'il s'agit d'enfant, les parents ne pouvant être évincés du traitement ni sur le plan de la réalité, ni sur celui de leur relation imaginaire à leur enfant et au thérapeute. Ce dernier en se plaçant à l'écoute, en une position tierce, permettra l'introduction d'une dimension symbolique d'où la possibilité pour les différentes personnes écartées de trouver de nouveaux repères et de donner un sens à leurs vécus par rapport à leur histoire personnelle.

Ces conditions difficiles à réunir expliquent peut-être la fréquence des psychothérapies d'inspiration analytique. Ainsi, A. FREUD semble nous parler plus d'une attitude psychothérapique à inspiration analytique que d'un abord psychanalytique au sens propre du terme. Nous rejoignons d'autre part S. LEBOVICI et M. SOULE quand, parlant de A. FREUD, ils disent que pour celle-ci "le milieu familial fait l'objet d'une manipulation thérapeutique, suivant des méthodes qui sont longuement appliquées dans l'abord psycho-social des parents".

Mais, risquant de donner une image incomplète de l'auteur et de laisser penser que son intérêt se portait seulement sur l'environnement de l'enfant, nous rappellerons à la suite des auteurs sus-cités que pour A. FREUD, l'étude dynamique des conflits ne doit pas se borner à la mise en évidence des conflits avec la famille et l'environnement. Il faut aussi, nous dit l'auteur, approfondir les conflits intrasystémiques et intersystémiques, (cf Assessment of Childhood disturbances in PAS of the Child - 1952 - Vol. 7/149-158). De plus, cet abord de A. FREUD s'est fait volontairement à partir du seul livre longtemps accessible au lecteur français. Avec "le Normal et la Pathologique chez l'enfant" traduit en 1968 et puis surtout "L'enfant dans la psychanalyse" (1976), A. FREUD nous replonge tant par sa pratique que ses conceptions

théoriques dans une visée fondamentalement psychanalytique. Ainsi, le problème de la période préparatoire est-il abandonné au profit de l'analyse des défenses, des résistances à la cure. Dans un article "La terminaison d'une analyse d'enfant" (1970), A. FREUD montre à quel point c'est le transfert qui doit être l'objet de l'attention et la raison des interprétations de l'analyste ; le transfert négatif est aussi considéré comme une résistance au processus thérapeutique et comme analysable dans ce sens. C'est surtout sur l'importance de la dynamique du transfert et celle du développement que l'auteur porte son attention, en tant que phénomènes spécifiques de l'enfance et posant des problèmes d'aménagement technique.

Ainsi, pouvons-nous peut-être comprendre en partie la différence qui existe entre elle et M. KLEIN. Celle-ci nous présente une méthode se rapprochant beaucoup plus de la psychanalyse puisque le travail thérapeutique se fait dans le cadre de la névrose de transfert et sur celle-ci. Mais, les cas où cela est possible semblent, en effet, bien demander des conditions extérieures se référant en général aux parents (transfert important des parents sur le thérapeute, écoute du discours parental de la part du thérapeute, désirs très profonds de réparation ou de mort prenant un sens pour les parents par rapport à leur histoire). C'est peut-être à partir de situations de ce type qu'elle a aussi su créer, que M. KLEIN nous présente, comme nous allons le voir maintenant, un abord de l'enfant et un processus thérapeutique modifié certes, mais incluant les règles fondamentales de la psychanalyse.

Parallèlement, sa position théorique néglige toute la genèse des relations de l'enfant à son milieu et principalement celle de la relation précoce au premier objet.

II . MELANIE KLEIN

Nous avons déjà abordé dans les pages précédentes la position théorique globale de M. KLEIN quant à la genèse des pulsions et quant aux mécanismes intrapsychiques. Nous avons signalé l'écart, sinon l'opposition qui existe entre elle et A. FREUD ; mais, nous tenons à revenir sur ce qu'elle a pu dire plus précisément au sujet de la relation Parent-Enfant-Tiers. Certes, nous sommes, tout de suite, surpris par la moins grande richesse de citations concernant notre sujet, que nous n'en avons trouvées chez A. FREUD. Au fil de l'oeuvre de M. KLEIN, c'est surtout une étude des mécanismes internes que nous découvrons, renvoyant volontairement celle des phénomènes extérieurs à une autre approche que psychanalytique. L'objet de la recherche de M. KLEIN est le psychisme de l'enfant pris en tant qu'entité, qu'individualité. Comme le signale Roland JACCARD (Préface à "Psychanalyse d'un enfant"), "l'attitude de M. KLEIN qui consiste à ne pas faire intervenir les parents dans l'analyse a-t-elle le double mérite d'éviter les pièges de l'idéologie et de considérer son petit patient comme un "autre" part entière" et, en effet, ainsi que le dit le même auteur, en parlant de l'analyse de Richard : "ce qui peut surprendre, c'est l'absence totale de référence à l'univers fantasmatique des parents de Richard, à l'heure où il est de bon ton de rejeter sur les parents la responsabilité des difficultés névrotiques de l'enfant, l'analyse du petit Richard paraîtra à d'aucun quelque peu anachronique".

Si cette position nous rappelle ce qu'est la psychanalyse des adultes et en cela nous paraît plus fidèle aux principes développés par S. FREUD, elle paraît vite se heurter à la réalité des consultations et des thérapies envisagées en dispensaire ou centre de guidance. Il apparaît, en effet, que les conditions réunies par l'auteur pour entreprendre des thérapies psychanalytiques

ne correspondent pas aux demandes et aux réalités le plus souvent rencontrées dans les lieux de soins sus-cités. D'autre part, la position de l'auteur doit avant tout être rapportée à son élaboration théorique personnelle. Une discussion de cette théorie est fréquemment conduite surtout à partir d'études plus récentes portant sur l'observation directe des enfants et sur l'interaction de l'enfant et de son milieu.

C'est ainsi qu'à la lecture de l'oeuvre de M. KLEIN, on a "l'impression que l'objet réel ne joue en fait aucun rôle structurant et d'ailleurs dans ses derniers travaux, M. KLEIN décrit la relation précocement à l'objet comme la conséquence de la lutte des instincts de vie et de mort" (S. LEBOVICI, M. SOULE).

Dans l'analyse du petit Richard, les valeurs symboliques exprimées ou jouées par l'enfant ne sont considérées par le thérapeute que sous la forme de leurs contenus les plus primitifs. "L'histoire vécue est par là même niée, puisque l'enfant est toujours mis d'emblée en face d'une situation de scène primitive qui ne fait aucune place à l'organisation de ses pulsions et le met en face d'objets totalement désérotisés" (S. LEBOVICI, M. SOULE).

Ainsi, c'est l'absence de valeur donnée à l'expérience vécue qui a été et est encore à l'origine de théories où l'objet est soit confondu avec la pulsion qui l'investit, soit considéré comme un symbole sans réalité. Si S. FREUD a longtemps cru en la valeur d'un traumatisme dans la réalité de la vie de ses patients, il s'est, ensuite, aperçu de sa méprise et a longtemps oscillé autour de cette notion. L'élaboration du concept de fantasme lui a permis de mieux comprendre les événements rapportés par ses patients. Mais, il n'a jamais, à la faveur unique d'une théorie de fantasme, retiré toute importance aux événements vécus, à la réalité objective de la vie de ses patients. On en trouve un témoignage

significatif dans son article "L'homme aux loups" quand il s'interroge sur la réalité de l'observation du coït parental à l'âge de dix-huit mois. Les notes rajoutées postérieurement à la rédaction de cet article nous livrent les hésitations de l'auteur. On ne peut qu'admirer son honnêteté et sa rigueur scientifiques quand il dit "je suis entièrement d'accord avec JUNG pour reconnaître cet héritage phylogénique, mais je trouve qu'il est incorrect, du point de vue méthodologique, d'avoir recours à une explication tirée de la phylogénèse tant que tout ce que l'ontogénèse ne peut offrir n'a pas été épuisé". Ainsi, une valeur est reconnue à l'évènement réel de l'expérience individuelle, celle prenant sa totale signification dans son intrication "à ce qui avait été engendré aux temps préhistoriques et ensuite transmis à titre de prédisposition à être acquis de nouveau...".

Après cette brève critique de la perspective de M. KLEIN face à la réalité vécue et à la théorie du fantasme primitif, nous allons aborder ce qu'elle peut dire de la relation Parent-Enfant-Tiers et nous verrons que sa position à ce sujet nous ramènera à ce que nous venons de discuter de sa théorie.

M. KLEIN insiste sur deux points que nous aborderons successivement :

. Tout d'abord, elle valorise la confiance qui peut exister entre le thérapeute et les parents et signale l'ambivalence de leur relation ainsi que son choix personnel consistant à garder une distance entre elle et les parents. Signalons toutefois son attitude différente quand il s'agit d'enfants psychotiques. Dans ce cas, la nécessité de voir la mère de l'enfant, de soigner l'un et l'autre apparaît à cet auteur indispensable.

. D'autre part, elle met en garde contre une quête d'informations du thérapeute auprès des parents et d'une influence

éducative pensant que cela ne peut que réveiller des angoisses persécutives chez l'enfant.

C'est dans "La psychanalyse des enfants", à la fin du chapitre IV et dans ses premiers articles des "Essais de psychanalyse", que M. KLEIN signale l'intérêt de s'arrêter quelques instants à "un problème qui n'est pas strictement technique mais que l'analyste d'enfant ne saurait négliger : il s'agit des rapports avec les parents de nos jeunes malades".

Loin de les exclure totalement, elle signale que "par suite de la dépendance de l'enfant à leur égard, ils se trouvent inclus dans le champ de l'analyse mais nous ne les analysons pas et ne pouvons de ce fait agir sur eux que par des moyens psychologiques courants".

Elle aborde aussi le sujet qui nous intéresse ici plus précisément et insiste sur le fait que "pour l'efficacité de son travail, une certaine confiance doit régner entre l'analyste et les parents". Comme nous l'avons déjà signalé, c'est surtout les difficultés relationnelles entre l'analyste et les parents qu'elle tient à mettre en évidence prévenant le futur analyste de ce lieu d'accueil dans son travail : "les rapports avec celui qui analyse leur enfant sont sujets à des difficultés particulières".

Ailleurs, elle précise ce que sont ces difficultés. Notons que c'est auto ur d'une rivalité, l'une problématique d'être aimé "plus que" ou "moins que", problématique conflictuelle réveillant chez tout être les angoisses vécues dans le complexe familial de l'intrusion (J. LACAN, Encyclopédie Française : La Famille), c'est à dire la crainte de l'introduction d'un autre comme objet, autre défini par essence comme rival, que va se jouer la relation parents-thérapeute : "il faut encore mentionner, surtout

chez la mère, la jalousie à l'égard des rapports de confiance qui se nouent entre l'enfant et son analyste".

Enfin, l'auteur se référant aux mécanismes inconscients montre que la relation parents-thérapeute ne peut qu'être ambivalente : "ces facteurs, entre autres, pour la plupart inconscients, sont à l'origine de l'ambivalence des parents et en particulier de la mère à l'endroit de l'analyste, même s'ils ont pris conscience de la nécessité pour l'enfant d'une cure psychanalytique".

C'est d'une façon cohérente que le regard de M. KLEIN se porte là encore sur les mécanismes inconscients quand elle parle de jalousie, de rivalité, d'ambivalence comme intervenant en faveur ou non du traitement.

Et c'est à la dimension inconsciente que M. KLEIN se réfère, sans toutefois analyser avec les parents ce qui se passe dans leurs relations, quand elle montre dans l'analyse de Richard (Psychanalyse d'un enfant) l'influence positive pour la thérapie du fait que la parole de l'analyste ait une importance pour les parents. De même dans une note, elle parle des fantasmes apparaissant dans cette relation : "dans certains cas où j'ai analysé simultanément la mère et l'enfant, j'ai pu observer que la mère craignait inconsciemment qu'on ne lui ravît ses enfants".

De son insistance sur la position inconsciente des parents, elle déduit que l'information donnée à ceux-ci ne permet pas un véritable changement chez eux. Assez pessimiste donc quant à l'effet que l'analyste peut avoir sur les parents, elle préfère garder une grande distance entre elle et eux : "c'est pourquoi j'ai rencontré autant d'obstacles chez les parents qui étaient au courant de l'analyse que chez eux qui en étaient tout à fait ignorants. C'est pour la même raison que j'estime superflu, voire hors

de propos de donner aux parents des explications théoriques quelque peu profondes avant le début du traitement, à cause de l'action défavorable qu'elles pourraient avoir sur leurs complexes".

Se séparant radicalement de A. FREUD, elle déduit une distinction très nette entre les fonctions éducatives et thérapeutiques ainsi qu'entre leurs représentants. Ainsi, elle "recommande toujours aux parents de ne pas laisser croire à l'enfant que leurs mesures éducatives viennent de moi et de maintenir entre l'éducation et l'analyse une séparation totale. L'analyse demeure ainsi, comme il se doit, une affaire strictement personnelle entre le malade et moi". Dans un "Colloque sur l'analyse des enfants" (1927), elle a l'occasion de très bien préciser sa pensée : "d'autre part, j'ai constaté en même temps qu'une analyse ainsi conduite, dispensait l'analyste d'exercer une action éducative, bien plus, que les deux choses étaient incompatibles".

Préférant respecter le principe de la stricte neutralité prescrite par S. FREUD, elle proscriit toute ingérence dans le "milieu" de l'enfant et toute visée éducative.

Ce colloque, utilisé principalement pour faire la critique du livre de Anna FREUD (Introduction to the technique of the analysis of children, 1926) représente un moment crucial dans l'évolution de la psychanalyse des enfants. A propos de l'intervention de M. KLEIN, N. ABRAHAM et M. TOROK ont pu dire que "depuis la plate-forme de la psychanalyse freudienne orthodoxe, elle n'a aucun mal à réfuter point par point la tentative de Anna FREUD, qui ne se donne pas pour autre chose que ce qu'elle est à l'époque : une application de la psychanalyse aux problèmes d'adaptation infantile".

Constatant le faible apport possible des parents à la

thérapie, M. KLEIN parle de leur intervention en termes de collaboration passive excepté en ce qui concerne la décision de thérapie et la continuité de celle-ci, "dans nos contacts avec les parents, nous devrions surtout, selon moi, chercher à obtenir d'eux une collaboration essentiellement passive... Il y a toutefois des circonstances où il nous faut une collaboration plus active, dans les paroxysmes d'angoisse et les mouvements de résistance accrue, comme ce fut le cas de Ruth et Trude, il incombe à ceux qui ont la charge de l'enfant de trouver le moyen de l'amener au rendez-vous en dépit des difficultés qu'il oppose". Mais, comment les parents peuvent-ils investir cette continuité quand le thérapeute refuse d'écouter leurs plaintes et leurs questions ? Ainsi, si M. KLEIN analyse et met en évidence les fantasmes inconscients en jeu dans sa relation aux parents, il semble qu'il lui soit difficile de les vivre face à ceux-ci. La décision de mise à distance des parents de façon générale n'est-elle pas aussi une défense contre son contre-transfert, contre la dynamique inconsciente du thérapeute éveillée dans sa relation aux parents.

C'est dans la même perspective que M. KLEIN se démarque totalement des problèmes de l'éducation et que, mettant tous ses espoirs en l'analyse de l'enfant, elle pense que "l'amélioration de la névrose d'un enfant exerce parfois une influence favorable sur un entourage névrosé". Certes, témoigne-t-elle ainsi, de la grande confiance qui peut être mise en l'analyse de l'enfant et voit-elle pour l'enfant traité une plus grande facilité à s'adapter et à continuer son développement quelque soit le milieu où il doit vivre par la suite. N'affirmant pas la guérison totale face à des conditions trop défavorables, elle pense "qu'une récidue sera moins grave si des changements fondamentaux ont été opérés aux niveaux les plus profonds du psychisme".

Ailleurs, c'est directement du contre-transfert de

l'analyste qu'il s'agit quand elle le met en garde contre son désir d'être remercié par les parents. Ayant personnellement fait un choix pour l'enfant, elle parle des valorisations qu'il y a à trouver dans la visée du bien être de l'enfant et non dans la recherche du plaisir à faire aux parents, celle-ci étant liée à l'attente en retour de leur gratitude.

C'est donc très souvent en termes de précautions, de mise en garde que M. KLEIN aborde les attitudes de l'analyste relevant de son contre-transfert sans toutefois chercher à questionner l'implication de celui-ci dans la relation Parent-Enfant-Tiers. Nous allons retrouver cette position dans le second point que nous nous étions proposé d'étudier.

C'est là encore par une mise en garde que M. KLEIN aborde la tendance à chercher des renseignements au sujet de l'enfant en thérapie, auprès de ses parents. Elle montre l'importance pratique de telles données quant à l'efficacité du traitement, mais surtout les risques quant à la relation enfant-thérapeute.

Sa position rappelle bien sûr ce que S. FREUD dit dans "l'homme aux loups" et que nous avons déjà rapporté précédemment, sur la tentation de chercher des informations dans la réalité vécue et de témoigner ainsi de notre faible confiance en la dynamique thérapeutique reposant sur la reconstruction du passé vécu par un individu. Prudemment, M. KLEIN signale l'intérêt que les deux voies d'abord présentent, optant toujours pour celle ayant à voir plus précisément avec la thérapie. "Si nous parvenons à établir de bons rapports avec les parents et à nous assurer la collaboration de leur Inconscient, nous sommes à même d'obtenir des renseignements utiles sur le comportement de l'enfant en dehors des séances, sur toute modification, apparition ou disparition de

symptômes en rapport avec la cure. Je préfère néanmoins me passer de cette source d'information utile mais pas absolument nécessaire, si c'est au prix d'autres difficultés". (La psychanalyse des enfants).

Particulièrement dans l'analyse de Richard, elle étudie l'emploi de ces renseignements et ce que l'enfant peut élaborer comme fantasmes face à cette relation parents-thérapeute. C'est surtout des angoisses paranoïdes (méfiance, jalousie), l'imagomaternelle devenant alors persécutrice que vit l'enfant face à ce qu'il peut percevoir comme le bloc parent-thérapeute. L'auteur signale que le thérapeute peut reprendre une information fournie par les parents en la présentant toutefois comme telle à l'enfant et ceci doit rester une exception.

C'est donc chez l'enfant que le thérapeute doit trouver son matériel en évitant de trop se référer à sa relation avec les parents de l'enfant et l'introduction d'informations données par ceux-ci ne peut qu'être utilisée avec parcimonie, "il faut employer ce procédé avec une extrême prudence et ne pas en abuser, sans quoi le patient pourrait soupçonner une collusion entre les parents et l'analyste. On ne doit donc y recourir que lorsque c'est essentiel pour le travail analytique, car il faut toujours prendre comme point de départ le matériel fourni par le patient".

M. KLEIN apporte donc une notion nouvelle et que nous estimons importante pour notre travail. Elle parle de la relation parents-thérapeute en termes d'inconscient, de collaboration passive, de confiance, de réassurance et elle essaie de nous faire voir comment cela n'a pas à intervenir dans le processus thérapeutique tout en permettant sa mise en place et sa continuité. Sa technique thérapeutique basée sur l'analyse du transfert et des résistances est entre les mains du thérapeute seul, par ses inter-

prétations et le cadre de la cure, les parents n'étant nullement avertis du contenu de la relation thérapeute-enfant : "je me borne à quelques remarques sur le sens et les effets de l'analyse, j'avertis les parents que leur enfant recevra des éclaircissements dans le domaine de la sexualité et que de nouvelles difficultés pourront surgir de temps à autre en cours de traitement. Je me refuse toujours à révéler les détails de l'analyse car l'enfant qui m'accorde sa confiance n'a pas moins droit qu'un adulte à ma discrétion".

Un dernier point consistant en l'imbrication de la théorie pathogénique des troubles psychologiques de l'enfance et la façon de concevoir la relation Parent-Enfant-Tiers, mérite notre attention.

M. KLEIN, à la différence de A. FREUD, considère que les parents ont tendance à se trouver responsables de la maladie de leur enfant mais que ceci n'est pas une vérité inébranlable. Certes, parle-t-elle d'erreurs éducatives, de milieu perturbant, de traumatismes dus à la séduction (cas de Kenneth avec sa bonne Mary : "La psychanalyse des enfants", page 77) ou aux menaces de castration (opérations successives de Richard : circoncision, ablation des amygdales), mais c'est toujours pour les resituer dans la dynamique fantasmatique de ses patients.

Ainsi, pour l'auteur la réalité objective ne fait que rentrer en résonnance avec certains fantasmes de l'enfant et c'est ce rapport qui peut être la cause de la distorsion du développement psychique plus que la réalité elle-même : "comme le montre la suite de l'analyse, ses premières pulsions destructrices contre le sein de la mère et le pénis du père furent la cause fondamentale de sa peur desreprésailles, notamment de la peur d'être castré par le père. L'opération ne fit qu'intensifier ses angoisses".

Pour conclure, nous pouvons dire que l'auteur ne compte guère sur l'aide du Moi des parents. Leur décision du traitement, leur volonté consciente de faire soigner leur enfant ne sont pas suffisants pour que la thérapie puisse se dérouler. C'est surtout par un contact avec leur inconscient (culpabilité, désir de réparation) qu'elle essaie d'établir une confiance, celle-ci n'ayant pas à reposer alors sur des explications, des renseignements, des valorisations données au Moi des parents. C'est donc un contact, une alliance passée avec une disposition intérieure et inconsciente qui, si elle est positive à la thérapie et aux soins de l'enfant, n'a guère besoin de renfort narcissique et de réassurance quant au désir du thérapeute.

Ainsi, rentrant en contact le moins possible avec les familles "afin d'éviter les occasions de heurts avec la mère", elle dirige toute son attention sur l'enfant et espère ainsi avoir une influence indirecte sur les parents grâce aux efforts de la thérapie.

Refusant en partie la relation parents-thérapeute ou plutôt ne tenant pas à s'en occuper, M. KLEIN sauvegarde toutefois toujours une relation véritablement triangulaire pour l'enfant. C'est en cela que son attitude, certes à remettre en question tant par son aspect systématique que par la non considération du lien existant entre les mondes fantasmatiques des parents et de l'enfant, n'apparaît pas moins conserver tout le temps une potentialité thérapeutique en ce qu'elle place parents et thérapeute dans une configuration triangulaire par rapport à l'enfant.

Nous venons donc de développer les positions de A. FREUD et de M. KLEIN. Certes, ceci a-t-il un aspect historique plein d'intérêts étant donné leur qualité de précurseur des thérapies de l'enfant, mais une valeur toute contemporaine rendait nécessaire cette brève étude, car nous trouvons toujours dans les

discussions actuelles les mêmes divisions et oppositions. Rappelons encore la très nette évolution des membres de la HAMPSTEAD Clinic et de Anna FREUD elle-même dans ses ouvrages récents "L'enfant dans la psychanalyse" et "Le normal et le pathologique chez l'enfant" où elle affirme "leur fidélité aux principes thérapeutiques qu'ils observaient dans l'analyse des adultes". Elle rappelle la nécessité de "considérer l'analyse de la résistante et du transfert et l'interprétation du matériel inconscient comme les instruments corrects du traitement". Ces positions d'école sont devenues plus atténuées mais on en perçoit toujours les grands principes (cf Symposium de 1961 organisé par le XXII^e Congrès International de psychanalyse et consacré aux analyses infantiles).

L'opposition que nous avons pu montrer en tenant compte surtout des premiers écrits de A. FREUD, nous est apparue nécessaire dans la mesure où elle pouvait servir de démonstration quant au lien existant entre la façon d'aménager la relation Parent-Enfant-Tiers et les positions théoriques respectives concernant la genèse des troubles psychologiques chez ces deux auteurs. La même raison nous a fait laisser de côté les premiers écrits de M. KLEIN tel "Le développement d'un enfant" (in Essais de psychanalyse) où l'auteur traite avec ardeur des problèmes éducatifs et où elle opte pour l'analyse de tous les parents, éducateurs, maîtres, etc... Quelques années plus tard (1927 : Colloque sur l'analyse des enfants), elle affirme qu'une psychanalyse d'enfant peut être menée sans intervention éducative et ce principe avec celui de porter l'analyse sur le complexe d'œdipe sont "les principes conducteurs de mon travail et je les ai défendus dans tous mes écrits".

CHAPITRE II

ORIENTATIONS PATHOGENIQUES ET SOINS

"Le plus grand dérèglement de l'esprit, c'est de croire des choses parce qu'on veut qu'elles soient et non parce qu'on a vu qu'elles sont en effet".

BOSSUET

"C'est un autre "dérèglement de l'esprit" que de prendre ses désirs pour des erreurs, et de douter des choses parce qu'on veut qu'elles soient".

J. ROSTAND

Après ce tour d'horizon des pionniers de la psychanalyse d'enfants, nous nous étions proposés de porter regard sur les tendances actuelles. Certes, la littérature est devenue riche tant l'enfant est l'objet d'études depuis quelques décennies. Idéologies et idéalisations sont souvent la coloration des discours tenus au nom de l'enfant, dans l'intérêt de celui-ci, comme si une culpabilité des profondeurs se réveillait en nous, culpabilité de ne s'être intéressé à l'enfance plus tôt et de l'avoir agressivement, voire sadiquement, tenue éloignée du monde adulte pendant de nombreuses années. Mais, aussi, culpabilité des pulsions voyeuristes d'une société qui, après s'être défendue contre celles-ci en faisant de l'enfant un adulte en miniature ou un être constitutionnellement bon, essaie par des formations réactionnelles de transformer ses pulsions prégénitales en tendances épistémophiliques. Là, les chercheurs participent pleinement à un mouvement culturel qui, pour permettre l'étude de l'enfant dans sa spécificité, semble devoir incriminer le groupe social de fautes, de responsabilités (cf L'enfance aliénée). Le risque de ces études serait d'isoler de façon répétitive l'enfant du facteur temps et de créer de multiples spécialistes d'une soi-disant catégorie sociale sans qu'une réintégration de cette connaissance ne se fasse dans un abord global de l'être humain. D'autre part, il est aussi à signaler que nombre de ces études ont été faites avec des visées éthologiques et c'est un mérite de la psychanalyse que d'avoir interrogé les découvertes rapportées, comme étant collectées

dans la relation examiné-examineur.

Ces nombreuses approches à visée gnoséologique différentes (observation directe, données éthologiques et ethnologiques) sont venues alimenter notre connaissance et nos théories explicatives. A l'époque où l'enfant est considéré par un courant social comme gênant, un autre courant se veut son défenseur. C'est parfois un véritable procès où procureur et avocats, se définissant tous de la qualité d'adulte, utilisent l'enfant pour défendre leurs idéologies, oubliant bien souvent de regarder et d'écouter cet être en évolution qui, de toute façon, doit traverser les schémas brandis par les adultes espérant peut-être pouvoir un jour être mieux compris par un monde qui s'offre bien souvent dans la double image de l'identification et de l'hostilité.

Ces différentes tendances se reflètent bien sûr sur les façons de considérer les rapports de l'enfant avec ses parents, sa famille et la société, ainsi que sur les conditions de soins à lui apporter, sinon à lui proposer.

Nous commencerons par considérer un mouvement qui eu un grand retentissement dans le public. Il rejoint comme le fait remarquer J.J. LUSTIN un autre courant très classique traitant de l'hérédité. De la même façon, ils mettent l'accent tous deux sur la "responsabilité" des parents. Nous pourrions avec l'auteur précédemment cité, les réunir sous la rubrique "les parents en question". Nous verrons, en liaison avec ce que nous venons de dire ce que de telles positions ont pu apporter dans l'approche de l'enfant et de ses troubles ainsi que leurs effets négatifs quant à la culpabilisation qu'ont pu y trouver de nombreux parents, prêts à utiliser cela comme mécanisme de défense.

Parallèlement, nous nous référerons à d'autres courants

marqués par certaines personnalités (D.W. WINNICOTT) ou par une école (S. LEBOVICI, M. SOULE, R. DIATKINE, J. DE AJURIAGUERRA) qui nous ont semblé avoir en commun le souci d'être très cliniques et aussi d'améliorer les schémas théoriques et les règles techniques sans, toutefois, sortir du cadre psychanalytique, c'est à dire d'une analyse de la relation transférentielle et contre-transférentielle analysant-analysé à travers laquelle se déroulera la triade de S. FREUD : remémorer, répéter et élaborer, ("La technique psychanalytique" S. FREUD).

Le premier courant contenant l'idée de responsabilité des parents englobe les notions très classiques de troubles héréditaires, de rejet ou de sur-protection familiale et surtout maternelle. Ces dernières notions sont en fait des descriptions de relations perturbées dans le cadre de la maladie de l'enfant mais ne nous apportent guère d'éléments quant à l'origine des désordres observés.

Nous avons pu nettement percevoir depuis le début de ce travail que le problème de la pathogénie des troubles de l'enfant est continuellement posé dans l'interrogation sur la relation Parent-Enfant-Tiers. Mais, actuellement, c'est en terme d'hypothèses que nous pouvons aborder cet immense problème. Ainsi, M. RUTTER (cité par J. DE AJURIAGUERRA) a porté son étude sur le rôle d'influences familiales différentes sur le développement psychologique des enfants dans diverses populations. Il constate qu'il y a encore beaucoup de chemin à faire avant que nous comprenions les mécanismes et les processus par lesquels la vie familiale donne une forme au développement psychologique des enfants. De même, H. E. RICHTER montre l'insuffisance de nos connaissances pour considérer tel modèle théorique d'explication des relations pathogènes parents-enfants, comme valide : "mes observations longitudinales systématiques portent sur une durée maximale de sept ans. Au terme

provisoire de nos investigations, aucun de nos enfants n'était parvenu à l'âge d'homme. Nous ne pouvons donc dire dans quelle mesure et de quelle manière, ils continueront à porter le poids de leurs anciens conflits de rôle, une fois la maturité acquise (...). Une opinion définitive exigerait que l'occasion nous soit donnée de suivre leur cheminement bien avant l'âge adulte".

Ainsi, la question de la pathogénie semble devoir se poser de façon bilatérale, quand on parle des relations parents-enfants. Il n'est certes pas sans importance de noter les réactions de tels parents au trouble ou handicap présenté par l'enfant. Et comme le rappelle S. LEBOVICI (Le devenir de la psychose de l'enfant), l'élaboration d'une connaissance pathogénique mérite de nombreux travaux ayant pour but de faire des études catamnétiques longitudinales d'enfants présentant des troubles psychologiques et d'enfants nés de parents à troubles.

/A/ LES PARENTS EN QUESTION : D'UN QUESTIONNEMENT PATHOGENIQUE
oooooooooooooooooooooooooooo * ooooooooooooooooooooooooooooo

"Post hoc, ergo propter hoc"

L'aspect plus moderne du courant défini par cet adage "les parents en question" est représenté par les travaux de M. MANNONI, de F. DOLTO et des théoriciens de "l'enfance aliénée". Avec J.J. LUSTIN, nous pensons que "de tels travaux ont eu le mérite d'essayer de préciser quelle place occupe l'enfant malade dans l'inconscient de sa mère (et dans son désir), de montrer l'absence du père - de marquer les difficultés qu'ont de tels enfants à se situer comme "sujet" (c'est à dire celui qui dit "je" et qui n'est pas manipulé comme une chose et un objet) qui parle et qui désire. Mais, on en retient malheureusement surtout l'affirmation d'une causalité univoque (...)"

Pour illustrer cette théorie, nous allons nous référer principalement aux écrits de M. MANNONI et de F. DOLTO concernant la relation Parent-Enfant-Tiers. Certes, n'est-il pas question d'assimiler ces deux auteurs à cette position quant à la pathogénie, présentée, parfois, comme système de pensée, et donc par définition réductrice. Nous trouvons dans leurs travaux beaucoup plus d'éclaircissements, de nuances qu'il ne pourrait en paraître ici étant donné notre choix de relever surtout ce qui, chez ces auteurs, témoigne d'un mouvement beaucoup plus vaste faisant des parents - de leur comportement, leur parole, ou discours et de leur problématique inconsciente - la plate-forme des troubles de l'enfant.

Si la littérature que nous venons d'aborder était

relativement pauvre en ce qui concerne la relation Parent-Enfant-Tiers et les dynamiques transférentielles et contre-transférentielles qui s'y jouent, les écrits des auteurs contemporains, que ce soit ceux de l'enfance aliénée ou ceux de l'Ecole de Paris ou ceux plus directement rattachés aux écoles d'Anna FREUD ou de Mélanie KLEIN, nous présentent une abondance de réflexions portant sur notre sujet.

Il ne sera donc pas possible de nous référer à tous et nous serons souvent obligés de paraphraser certains auteurs risquant, sinon, de ne faire de cette partie de notre travail qu'une suite sans fin de citations. Nous relèverons donc ceux des passages qui nous auront paru les plus utiles à notre raisonnement.

Ces travaux s'inscrivent en fait dans une vaste étude de la relation mère-enfant qui tend à s'élargir actuellement dans une étude des interrelations familiales s'appuyant sur les découvertes de l'école de PAÏLO-ALTO (théorie de la communication) et sur les recherches psychanalytiques concernant les petits groupes (D. ANZIEU, BION). C'est ainsi que l'on peut voir actuellement une tendance à ce que la psychiatrie de l'enfant devienne une psychiatrie familiale.

Notons, d'ores et déjà, l'intérêt pour la compréhension du développement de l'enfant et pour l'élaboration d'une approche diagnostique et thérapeutique plus opérante de tels axes de recherches. D'autre part, il nous est nécessaire de bien définir les limites de ces approches en raison de données méthodologiques.

Le glissement déjà noté vers une psychiatrie de la famille correspond à l'emploi de méthodes visant à étudier les interrelations et elles ne peuvent qu'être complémentaires à des approches de l'individu permettant d'aborder le retentissement sur le

psychisme d'un être donné du fonctionnement du groupe dans lequel il est inséré et par lequel il est formé. Nous préférons insister sur ce dernier point et parler pour notre axe de recherche d'une psychiatrie de l'enfant dans son milieu.

I. CARENCES MATERNELLES ET FAMILIALES

C'est très tôt que les psychanalystes d'enfants se penchèrent vers la relation mère-enfant et qu'ils donnèrent les premières hypothèses quant à la genèse des troubles de l'enfance. Ainsi, D. BURLINGHAM et A. FREUD dans "Enfants sans famille" ont-elles étudié les comportements d'enfants recueillis à la nursery d'HAMPSTEAD pendant les bombardements de Londres et notent-elles des différences dans les relations établies avec les substituts maternels, parentaux et les relations avec les parents réels. Là, trouve-t-on les prémices aux études postérieures portant sur les carences maternelles en institution, puis sur les carences précoces et frustrations précoces, l'enfant pouvant être soit placé, soit dans son milieu familial.

Toutes ces études eurent le double effet d'approfondir notre connaissance de la relation mère-enfant et de chercher à modifier le fonctionnement institutionnel des organismes chargés de l'accueil des enfants.

C'est dans cette recherche que se situent les travaux de R. SPITZ sur la dépression anaclitique, l'hospitalisme, ceux de BOWLBY sur la carence des soins maternels et ceux de D.W. WINNICOTT sur la déprivation. Dans la monographie numéro 2 de l'Office Mondial de la Santé intitulée "Soins maternels et santé mentale" (1951), BOWLBY écrit : "il est frappant de constater la concordance et la convergence impressionnantes de ces recherches entreprises

par des auteurs de nationalités différentes, de formations variées et dans une bonne moitié des cas, ignorants de leurs conclusions respectives".

Il s'agit donc d'une véritable éclosion de travaux mettant en relief différentes notions telles celles de frustrations précoces, de carences, de séparation (discontinuité), d'insuffisance, de distorsions, toutes portant sur la relation mère-enfant.

La reprise de tels concepts fut très facile et tentante par les spécialistes et le grand public, permettant d'alimenter une tendance à la culpabilité au sujet de l'éducation des enfants, et de trouver une cause aux troubles psychopathologiques. Ceci permettait aussi de fermer les yeux sur tous les mécanismes intrapsychiques et de rejeter massivement les anciennes notions d'hérédité, de dégénérescence, voire même d'échapper complètement aux questions posées par la biologie.

De ces travaux ont fleuri ensuite les notions de troubles réactionnels, de mères et de milieux pathogènes, de névroses familiales. Essayons rapidement de cerner leur valeur et limite.

II. INFLUENCES PATHOGENES

Les études faites sur la petite enfance ont montré la grande importance des soins donnés par la mère au point que nombreux sont ceux qui affirment qu' "il s'agit presque toujours dans la petite enfance de troubles réactionnels à des difficultés parentales, à des troubles de la fratrie ou du climat interrelationnel ambiant" (F. DOLTO).

Cette notion est très souvent employée pour la petite enfance et renvoie à la dépendance quasi totale du nourrisson par rapport à sa mère, et donc à la néoténie. Mais certaines observations nous rappellent que dès les premiers jours, la manière d'être, de manger, de ressembler à tel ou tel parent, de présenter telle particularité ont une action sur la mère et l'entourage, de telle façon que c'est déjà dans le système dyadique ou s'opèrent des échanges que doivent être situés les conduites et symptômes.

De même, l'adjectif "pathogène" est souvent placé par l'observateur dans un mouvement projectif et de mise en évidence d'un mauvais objet ainsi que dans une attitude défensive lui laissant le rôle de bon objet, attitude qui le renvoie certes à ses imago maternelles. Ainsi, trouve-t-on avec une grande fréquence la notion de pathogénie parentale : "c'est l'enfant qui par ses symptômes incarne et présentifie les conséquences d'un conflit vivant, familial ou conjugal, camouflé et accepté par les parents" (F. DOLTO).

"Il est rare, en effet, qu'on ne perçoive pas derrière un symptôme un certain désordre familial... Ce qui apparaît comme nuisible au sujet, c'est le refus des parents de voir ce désordre" (M. MANNONI).

"Ce qui compte ce n'est pas l'évènement réel, mais la tromperie de l'adulte autour de l'incident" (M. MANNONI).

Nous verrons plus loin comment envisager ce concept et où trouver son application.

Le concept de névrose familiale est aussi venu alimenter les théories psychogénétiques et se trouve à l'intersection des théories psychanalytiques et de la communication. Il a l'intérêt

de sortir d'une responsabilité univoque et de tenir compte de la dépendance de certains troubles quant à une filiation faisant intervenir plusieurs générations. Toutefois, il reste souvent mal défini.

Pour certains, il s'agit d'un mode de fonctionnement d'un groupe instauré pour permettre à certaines personnalités de trouver un équilibre et pouvant mettre d'autres en difficultés. Pour d'autres, c'est par métaphore, une "hérédité" d'un fonctionnement lié à une pathologie en chaîne : "les découvertes cliniques psychanalytiques imposent la compréhension dynamique des troubles des enfants par l'analyse des difficultés en chaîne remontant aux carences dans la structuration oedipienne non pas des parents mais des grand-parents et parfois des arrière grand-parents... Il ne s'agit pas d'hérédité, mais de névrose familiale" (F. DOLTO). Pour toute une école, se référant au structuralisme, c'est une structure de fonctionnement se référant à un certain ordre et régi par la loi, qui compose la névrose familiale et qui se passe de génération en génération par le langage, support de cette structure. Là, une importance énorme est donnée au langage quant à la génèse des troubles ; et des notions telles que "la parole vraie", "la parole mensongère", "la situation réelle occultée" sont très souvent utilisées en tant que repères explicatifs : "tous les mots névrosants viennent des mensonges qui empêchent les faits réels de porter les fruits de l'acceptation, à partir de la situation réelle" (F. DOLTO). La parole des parents, parole étant employée dans le sens linguistique, c'est à dire la façon dont un sujet a d'utiliser la langue, code linguistique, devient soit la cause des troubles, l'objet de l'aliénation, soit l'agent de réparation, de restitution de sens. C'est parfois un véritable pouvoir magique, de toute puissance qui lui est conféré. En fait, tout ceci est déduit des travaux de Jacques LACAN pour qui "l'inconscient est structuré comme un langage". Cette notion reste très critiquée et il n'est

pas le lieu de rapporter ces critiques.

III. RELATION DE CAUSE A EFFET ET CULPABILITE

Ce qui nous importe c'est l'aspect très culpabilisant que des passages tels ceux relevés ici peuvent laisser percevoir au lecteur bien que les auteurs essaient d'en préciser la véritable signification :

. "C'est la parole de l'adulte qui va le marquer et déterminer les modifications ultérieures de sa personnalité".
(M. MANNONI)

. "Par la seule vertu des mots justes...". (M. MANNONI)

. "Ainsi se confirme l'idée que les conflits se nouent autour de paroles véhiculées...". (M. MANNONI)

. "A condition que les mots qui leur sont dits par l'entourage soient les mots justes". (F. DOLTO)

En fait, comme nous l'avions déjà noté, nous pouvons relever de nombreux essais d'explication de ces écrits qui ne se veulent pas culpabilisants mais qui, pourtant, utilisent de nombreux termes laissant transparaître comme le signale J. DE AJURIA-GUERRA "une attitude trop souvent culpabilisante et agressive (frisant souvent le jugement moral) vis à vis des pères et surtout des mères...".

Ainsi, M. MANNONI précise bien que "si la mère peut paraître, à travers ces lignes, comme le seul support de toutes les fautes et de tous les crimes, il faut veiller à ne pas prendre à la lettre, au niveau du réel, ce que j'essaie souvent maladroitement de dégager comme accidents dans une topologie abstraite".

De même, F. DOLTO pour traduire sa pensée se réfère

à un proverbe : "les parents ont mangé les raisins verts et les enfants en eurent les dents agacées", témoignant par là que les parents peuvent "se sentir coupables alors qu'ils ne sont, eux aussi, que des responsables occasionnels".

Mais, comment accepter que ces auteurs puissent affirmer que "il n'y a pas faute, il y a fait" (F. DOLTO) quand on trouve trop souvent des relations de cause à effet entre les personnalités parentales et les troubles de l'enfant : "les mères à complexe de virilité provoquent chez les filles des infantilités affectives. Ces dernières, si elles deviennent mères, provoquent chez leurs enfants des névroses d'angoisses précoces responsables de désordres somatiques ou psychiques ou les deux" (F. DOLTO).

Sans tenir compte du contenu de cette citation, nous sommes frappés par le déterminisme qu'elle évoque et par la responsabilité que porte chacune des générations dans l'induction d'un trouble psychopathologique. L'enfant nouveau-né y est perçu comme une page blanche sur laquelle le tampon vicié qu'est la mère ne peut qu'imprimer un texte distordu.

Ceci sous-entend aussi le fait qu'il existe une certaine typologie des parents et particulièrement des mères, typologie aux classes de laquelle serait à relier tel ou tel trouble psychopathologique. Parallèlement à cette classification, une autre peut aussi être perçue dans de tels écrits, non plus des personnalités mais des situations. Là, un véritable glissement est effectué des vécus personnels dans une interaction vers la définition de réalités, d'environnements pathogènes ou sains.

Pour illustrer ces tendances, nous rappellerons les notions très employées par certains auteurs de "parents abusifs", de parents et de pères "démissionnaires" : "l'instance supérieure,

c'est à cela que les parents ont recours tout prêts à démissionnier ou à passer leur charge à un autre responsable" (M. MANNONI).

Ainsi, le recours à un spécialiste risque-t-il encore d'être source de culpabilité. En fait, les parents viennent voir le spécialiste très souvent après avoir "essayé tous les trucs" en leur possession, à un moment où justement leurs ressources intérieures sont inutilisables de par l'état de tension et d'angoisse dans lequel ils sont. L'expérience clinique montre que, très souvent, c'est un état de souffrance, voire de panique qui est apporté à la consultation et qu'une baisse de tension intrapsychique et interindividuelle a lieu pendant l'entretien. Le pédo-psychiatre est alors utilisé comme point de repère, comme tiers, comme autre comprenant et écoutant et son intervention verbale peut dans certains cas être très limitée.

C'est toujours dans ces mêmes perspectives que le rôle pathogène est successivement cherché auprès de la mère puis du père. Comme le signalent KREISSLER, FAIN et SOULE, "on a que trop tendance à vouloir assigner à un syndrome particulier de l'enfant, un type de personnalité électif de la mère". En fait, ces auteurs pensent qu' "il est probable que derrière des personnalités diverses, il est possible de voir se profiler un type de conflit". De même, M. FAIN en s'élevant contre la notion de "profil psychologique" envisage que "la survenue du symptôme provient sûrement d'un mécanisme commun, résultat de la rencontre d'une certaine mère avec un certain enfant".

IV. DISCUSSION : RELATION TRANSACTIONNELLE ET PATHOLOGIE INTERACTIONNELLE

Certains auteurs laissent sous-entendre, comme nous venons de le voir, l'idée de l'existence d'un père et d'une mère

idéals et on ne peut que rappeler l'importance de la façon dont un enfant vit ses parents : "l'image des parents tels que nous les voyons ne correspond pas forcément à ce que les enfants ressentent au cours de l'interrelation" (J. DE AJURIAGUERRA). S. FREUD signalait aussi que quoique fassent les parents, ils font mal, trop ou pas assez. Et pour imaginer notre pensée, nous transformerons un dicton bien connu. Tentés de dire que "la meilleure des mères ne peut donner que ce qu'elle a", nous ne pouvons compléter que par cette autre formule : "la meilleure des mères ne peut donner à son enfant que ce qu'il a". C'est vers cette perspective de catalyseur d'un développement psycho-physique déjà bien déterminé qu'il nous semble préférable de comprendre le rôle des parents en tenant compte que le développement de l'enfant est lui-même catalyseur de l'évolution psycho-affective des parents. Et nous adhérons très volontiers à cette remarque de J. DE AJURIAGUERRA : "ce que les parents offrent à leur enfant n'est pas seulement ce qu'ils étaient, mais aussi le reflet de ce qu'ils sont devenus à travers l'enfant".

Ainsi, rejoignons-nous aussi la thèse de Thérèse BENE-DECK sur la relation parents-enfant qui se ferait de transaction en transaction dans un processus que l'auteur représente métaphoriquement par le terme de spirale de transaction. Pour rester dans le monde de l'image, nous pourrions envisager la relation mère-enfant selon un schéma bien connu en biologie moléculaire : celui de la spirale en double hélice. Dans le cas de la représentation d'une relation, les deux hélices forment l'une avec l'autre des noeuds et des ventres, ainsi que la spirale dans son ensemble. Ainsi, voit-on très nettement l'importance des circuits réciproques au sein de la symbiose émotionnelle, avec l'existence de phases où les apports mutuels peuvent être très importants, et de certaines où chacun se trouve fortement frustré par l'autre dans un vécu d'incompréhension totale. La représentation à trois dimensions permet aussi de mieux indiquer le rétrécissement ou l'amplification

qu'une relation peut connaître, rétrécissement que l'on peut rapporter à la notion de régression puisqu'elle tient compte d'une dimension temporelle qui entraîne l'impossibilité de revenir vers un mode de fonctionnement ancien mais laisse l'idée qu'une relation peut tendre par moment vers un aspect antérieur déjà connu.

Mais, revenons à l'analyse de la tendance en chacun de nous, mais qui a été plus manifestement exprimée par certains auteurs, déjà appelée plus haut "les parents en question". Pour terminer cette critique, nous voulons discuter une structure très fréquente dans les écrits auxquels nous nous référons qui est celle de la relation de cause à effet. Cette causalité univoque est certes très proche des fantasmes de nombreux parents et avec plusieurs auteurs allons-nous essayer de la nuancer.

Ainsi, M. MANNONI signale-t-elle qu' "il n'est pas certain que ce désordre (celui des parents) ait pas lui-même une relation directe de cause à effet avec les troubles de l'enfant".

En effet, si toutes les études auxquelles nous nous référons marquent l'importance de la relation précoce mère-enfant, de la valeur de certaines attitudes maternelles contradictoires ou aliénantes, il revient à S. LEBOVICI et M. SOULE de bien insister sur le fait "que ces attitudes maternelles peuvent être le résultat de l'action du nourrisson lui-même...".

En effet, l'enfant est très démunie à sa naissance et il est porté dans la vie fantasmatique de sa mère. De nombreux travaux ont attiré l'attention sur le fait bien montré par D.W. WINNICOTT, que le jeune enfant n'est complet que par l'existence de sa mère et que le mode d'être de cette dernière est essentiel pour son devenir. Ainsi, ceci "sous-tend que l'état psychique de la mère est plus important que le soin en lui-même" (L. KREISSLER,

M. FAIN, M. SOULE). De l'étude de la relation mère-nourrisson, de la dyade où la différence entre les deux membres semble énorme, de l'enfant psychotique et de sa famille, on a pu déduire une causalité entre les fantasmes maternels et les troubles de l'enfant qu'ils soient fonctionnels ou psychiques. Ce faisant, on a pu parler d'aliénation de l'enfant dans la vie fantasmatique de sa mère et c'est un schéma très figé, très prédéterminé que l'on a présenté de la relation mère-enfant. Si la femme enceinte a une relation fantasmatique "au corps imaginé" et à l'être imaginaire que sera son enfant, son évolution personnelle modifie tout au long de son existence cette relation imaginaire à son futur enfant mais cependant laisse encore la place à certains hasards au moment où elle est confrontée avec l'enfant lui-même..." (S. LEBOVICI, M. SOULE). Ainsi, l'enfant n'est-il pas entièrement prisonnier dans les fantasmes maternels et retrouve-t-on les notions de transaction présentées plus haut. Le risque est certes d'étendre globalement et stricto sensu les faits cliniques relevés dans des familles où les parents présentent des troubles graves de la personnalité à toutes les relations parents-enfants. Ainsi, J. COSNIER dans une critique d'un ouvrage de M. MANNONI (L'enfant arriéré et sa mère) précise très justement que "de ce que la débilité d'un enfant ait forcément pris un sens dans la relation de l'enfant à ses parents et une place dans leurs fantasmes, il nous semble abusif de conclure que ce sont les fantasmes qui sont responsables de la débilité... on passe avec un peu trop de facilité à l'explication de la débilité par le fantasme maternel".

C'est bien d'une toute puissance des fantasmes parentaux qu'il s'agit. Comment ne pas être, pour des parents, très effrayés par l'éventuelle toute puissance, sur leur progéniture, de quelque chose qui serait en eux et qu'ils ne pourraient pas contrôler consciemment !

De même, n'y a-t-il pas tendance à raisonner sur la relation mère-enfant, quelque soit l'âge de l'enfant, telle qu'elle peut être décrite dans les premiers mois de la vie ? Si dans les premiers mois, le comportement maternel et les aménagements de sa vie fantasmatique peuvent agir par imbibition sur son enfant, on ne peut dire la même chose à mesure que l'enfant grandit car c'est alors au Moi de celui-ci et à ses aménagements successifs que vont parvenir les conflits avec et dans la mère.

Donc, de nombreux travaux ont traité de l'importance de la relation mère-enfant ou parents-enfant en mettant l'axe de leur regard vers l'aspect négatif de cette relation. C'est le mérite de D.W. WINNICOTT d'avoir donné une grande valeur aux soins maternels, au "holding", à l'amour que la mère donne à son enfant, amour qui dépend, comme le précise l'auteur, à la fois de ses capacités propres à aimer et des satisfactions que lui apporte son enfant. Il a aussi réintroduit le concept de frustration en tant que valeur structurante pour le petit d'homme. Une distorsion des écrits psychanalytiques ayant entraîné des attitudes éducatives réactionnels par rapport à cette notion. En fait, D.W. WINNICOTT précise fort bien que "si la mère est suffisamment bonne, le nourrisson devient capable de pallier aux déficits de celle-ci grâce à son activité mentale".

Evitant le glissement qui s'est produit entre l'intérêt porté à la relation précoce mère-enfant et la causalité établie entre cette relation et les troubles psychopathologiques, il préfère établir un tel lien avec la santé mentale : "alors que nous savons que la maladie psycho-névrotique n'est pas causée par les parents, nous savons également que la santé mentale de l'enfant ne peut pas s'établir sans des soins maternels ou parentaux suffisamment bons". Ceci prend une grande valeur quant à la façon d'envisager une thérapie car la réhabilitation d'une mère pouvant

être bonne face aux condamnations de mères vouées malgré elles à être mauvaises, laisse percer pour les parents l'idée d'une collaboration possible.

En somme, si une responsabilité des parents peut être envisagée dans certains cas, il ne saurait être question, comme le signale S. LEBOVICI, de les en accuser. En effet, ils ne peuvent porter la responsabilité de leur fonctionnement mental et de plus la force de jugements critiques portés sur leur caractère ne leur permet pas de s'en amender.

C'est ainsi que toutes ces positions théoriques alimentèrent de vives discussions et de nombreuses recherches qui ont pu apporter une relativisation de la relation de cause à effet contenue dans tous ces concepts. Par exemple, les travaux de Ernst KRIS, puis de Marianne KRIS portant sur des études longitudinales ont-ils pu révéler la difficulté de la prédiction de l'avenir psychologique d'enfants ayant présenté des troubles ou ayant eu tel type de parents. Ceci peut être posé en parallèle aux études qui voudraient faire remonter tout trouble de l'adulte ou de l'enfant à une typologie spécifique de son milieu d'élevage et de sa mère en particulier. Ainsi, peut-on conclure que "les aspects cliniques les plus élémentaires et les plus grossiers de l'équipement de l'enfant sont susceptibles de rendre caduques les prévisions que l'on aurait pu faire sur l'attitude éducative de certaines mères à partir de l'étude de leur personnalité" (S. LEBOVICI, M. SOULE).

La plupart de ces travaux se sont appuyés sur les recherches par observations directes de l'enfant et de son développement dans son milieu. Ces observations faites par des chercheurs souvent formés à la psychanalyse et donc habitués à l'étude du développement de l'enfant à partir de la reconstruction des fantasmes

liés aux pulsions et désirs en jeu pendant cette période ainsi que les notions de fixation et de régression ont porté tout naturellement notre attention vers le début de la vie. La tendance première (trouvée chez S. FREUD dans ses premiers écrits et semblant resurgir parfois au long de son oeuvre) à chercher un traumatisme dans la vie réelle du patient avait familiarisé les lecteurs à l'idée de la réalité d'une intervention de la cellule d'élevage dans la genèse des troubles névrotiques et psychotiques. Tout ceci avait donc favorisé la déduction d'une relation nécessaire et suffisante entre les troubles présentés par le patient et la reconstruction prise alors comme une reconstitution de son passé. De la remémoration et répétition du vécu infantile pendant la cure, on a donc tiré une inversion, sans la vérifier, concernant la possibilité de déduire les troubles éventuels de la situation vécue pendant l'enfance.

A ce sujet, nous nous devons de rappeler la prédiction et la limitation que S. FREUD fait dans "psychogénèse d'un cas d'homosexualité féminine" : "tant que nous poursuivons l'étude de l'évolution en remontant du résultat final vers l'origine l'enchaînement nous paraît sans lacune, et nous considérons notre connaissance comme parfaitement satisfaisante, peut-être même comme achevée. Mais, si nous prenons le chemin inverse et si nous partons des hypothèses déduites par l'analyse, si nous essayons de la poursuivre jusqu'au résultat final, l'impression d'un enchaînement rigoureux et nécessaire nous fait défaut. Nous nous rendons compte tout de suite qu'autre chose aurait pu arriver et que cet autre résultat, nous l'aurions aussi bien compris et expliqué. La synthèse n'est donc pas aussi satisfaisante que l'analyse. Pour m'expliquer autrement, la connaissance des hypothèses ne nous permettrait pas de nous prononcer d'avance sur la nature des résultats".

Ainsi, peut-on dire que diverses théorisations et en

outre celle des auteurs de l'enfance aliénée ont repris les découvertes sur la relation mère-enfant et les ont étendues à une approche de la psychopathologie. Ce faisant, ils donnent une extension au concept de carence surtout en ce qui concerne l'aspect qualitatif de la relation objectale qui dépasse très largement le cadre dans lequel des auteurs comme R. SPITZ ou BOWLBY ont pu en parler.

Nous rejoignons donc P.C. RACAMIER quand il signale qu' "il ne faut point faire de la carence et des frustration précoces la base de tous les troubles psychopathologiques".

D'autre part, une autre réflexion semble indispensable quant à la tendance à utiliser ces notions en tant que traumatismes. En effet, une théorisation donnant une place trop importante à ces notions semblerait être la réactualisation de la théorie traumatique telle que S. FREUD a pu l'élaborer dans ses premiers écrits et dont il a pu sortir par la découverte du fantasme. En fait, une telle théorie permet de chercher des facteurs extérieurs responsables et d'échapper à l'étude des mécanismes internes et il paraît plus conforme aux réalités cliniques de signaler "qu'il y a un grand danger à valoriser les événements traumatisants pour expliquer une structure psychopathologique dont la constellation étiologique ne peut être que complexe" (S. LEBOVICI).

En somme, il apparaît que les notions de "situation pathogène", de "parents pathogènes" ne peuvent être employées qu'avec parcimonie après une étude approfondie du développement de tel enfant dans telle situation ou famille. Nous préconiserions donc de réserver ces notions aux situations bien définies dont nous avons déjà parlé (dépression anaclitique, hospitalisme, carence précoce avec évaluation de l'âge, du stade de développement, du type de carence, insuffisance, discontinuité, dysharmonie).

Il n'est point question de nier l'importance de telle psychologie chez une mère pour son enfant mais il apparaît que la qualité de pathogène ne peut être issue de la seule personnalité de la mère et il nous semble important de porter notre attention sur l'interaction mère-enfant, notion qui introduit la dimension bilatérale du feed-back et sur l'importance de cette interaction pour les modes de fonctionnement de chacun des protagonistes.

Enfin, cette position permettrait de sortir du renforcement de la culpabilité des parents face à leur enfant, culpabilité qui généralement appelle des mécanismes de défense projetant parents et enfants dans un cercle vicieux où c'est le plus souvent la culpabilité elle-même, les attitudes éducatives de protection, l'insatisfaction mutuelle qui en bénéficient pour aboutir à des modes relationnels faits de malaise, de mise à distance ou d'évitement sans gratification ni dynamique évolutive positive pour les individus concernés.

C'est aussi à partir de telles constations où parents et enfants sont envisagés dans une interaction que la notion de troubles réactionnels perd sa valeur trop générale et que l'on peut réserver ce diagnostic "aux cas rares d'ailleurs où l'on serait en droit de parler de situation pathogène" (S. LEBOVICI, M. SOULE).

Et pour terminer, nous rappellerons la conclusion du travail de M. RUTTER (1971), rapportée par J. DE AJURIAGUERRA qui signale qu'en réalité nous ne connaissons encore peu de choses sur les causes des névroses de l'enfant.

Comme nous l'avons déjà signalé lors de l'étude de A. FREUD et de M. KLEIN, le lien entre la théorie génétique des troubles psychiques de l'enfant et les mesures thérapeutiques et éducatives envisagées pour les enfants et leurs parents, nous a paru

très important et ceci permet de comprendre notre développement précédent sur les tendances actuelles. Ainsi, allons-nous pouvoir continuer ce travail par un retour à la relation Parent-Enfant-Tiers et aux études très nombreuses qui ont été faites sur le processus thérapeutique à l'intérieur de cette triade. Puis, nous verrons qu'une part plus importante est donné à l'analyse des transferts et contre-transferts dans le cadre psycho-thérapeutique, celui-ci incluant les dynamiques transférentielles des parents, de l'enfant et du thérapeute.

oooOooo

/B/ MODES D'APPROCHE EN FONCTION DES OPTIONS PATHOGENIQUES
oooooooooooooooooooooooooooo * ooooooooooooooooooooooooooooo

I . THERAPIE ET EDUCATIONS

Si nous voulions résumer les théorisations des pratiques faisant suite à celles que nous avons décrites plus haut comme étant les pionnières dans la psychanalyse d'enfant, nous serions bien en difficulté face à deux concepts qui semblent se confondre, parfois s'exclure et de façon générale, coexister dans de nombreux ouvrages : ce sont ceux de thérapie et d'éducation.

Déjà en 1932, la VI^è conférence des "Nouvelles conférences sur la psychanalyse" (S. FREUD), écrites pour un auditoire imaginaire - et qui porte le titre très général "Eclaircissements, applications, orientations" - traite de l'intérêt de la psychanalyse en tant que thérapeutique pour les enfants et en tant qu'outil de réflexion pour une nouvelle forme d'éducation et de pédagogie. Insistant sur la remarque que "jusqu'à ce jour, l'éducation a rempli sa mission d'une manière très défectueuse, qu'elle a grandement nui aux enfants", S. FREUD affirme tout aussi nettement que l'application de la psychanalyse à celle-ci, "de tous les sujets étudiés par la psychanalyse, c'est celui qui nous semble avoir la plus grande importance, vues les magnifiques perspectives qu'il offre pour l'avenir".

Si nous survolons, avec L. MOORE par exemple, les écrits éducatifs et psychopédagogiques parus depuis le début du siècle,

nous voyons, ainsi que S. FREUD l'avait signalé, l'engouement qu'il y a actuellement à chercher un modèle pédagogique meilleur que les autres, ne portant pas les "erreurs" des générations précédentes. A leur lecture, nous découvrons que les concepts psychanalytiques sont utilisés surtout pour démontrer l'intérêt de telles méthodes ; c'est en général pour légitimer la tolérance éducative qu'ils sont nécessaires aux auteurs qui n'ont retenu de la conférence de S. FREUD, citée plus haut, que "la Scylla du laisser faire" écartant avec leur agressivité et la culpabilité qui en découle "le Charybde de l'interdiction".

A. FREUD (Psycho -analysis and education, 1954) résume ainsi les différentes orientations. Pour elle, une première période optimiste a entraîné le changement des attitudes éducatives de parents dans un but prophylactique par rapport aux névroses. Puis, une période pessimiste a suivi avec un retour aux conceptions de l'inné (importance des facteurs qualitatifs tels la bisexualité, des facteurs quantitatifs tels l'intensité des demandes de certains enfants et des frustrations encourues, et des situations cruciales telles les conflits oedipiens, l'apprentissage de la propreté et le sevrage).

Mais, notre sujet n'est pas d'analyser plus en avant l'intérêt de l'introduction de la psychanalyse dans la pédagogie, ni de voir si les modèles éducatifs peuvent être étudiés à travers la critique psychanalytique. Notre réflexion veut aborder ce qu'il en est des processus thérapeutiques et éducatifs dans une relation de soin Parent-Enfant-Tiers. Ce détour vers les méthodes éducatives nous a paru intéressant de part la parallèle qui existe dans le domaine psychanalytique vis à vis de l'attitude et la relation éducatives. En effet, l'application de la psychanalyse à l'éducation telle que l'avait prévue S. FREUD s'est faite par un rapprochement de ces deux sciences mais avec deux visées

différentes :

- . Utilisation de la psychanalyse pour la construction de modèles éducatifs ;

- . Etude de la relation éducative dans une recherche concernant la psychogénèse des névroses et psychoses et dans l'établissement des thérapies psychanalytiques.

Comme on peut le percevoir ce deuxième axe est très important en ce qui concerne les thérapies d'enfants, et c'est sa portée pratique que nous essayerons d'aborder plus loin chez les auteurs contemporains. Auparavant, à travers les pratiques de B. BETTELHEIM, de M. MALHER et d'autres auteurs, nous allons étudier différentes façons opposées de considérer la relation aux parents : les uns insistent sur la relation éducative, les autres sur la thérapie du couple mère-enfant ou des deux parallèlement ; nous ferons de cette différence la dialectique de ce chapitre.

II . DE QUELQUES PRATIQUES

E. BUXHAUM (Technic of child therapy : a critical evaluation) dans une étude des techniques des thérapies d'enfants rappelle la position des auteurs classiques quant à la conduite vis à vis des parents. Ainsi que nous avons déjà pu le signaler, l'auteur rappelle que A. FREUD préconisait l'analyse des parents et de l'enfant (ou des enfants dont les parents étaient analysés), que M. KLEIN s'occupait de l'enfant seul et qu'une troisième tendance à laquelle elle attache les noms de O. RANK et de F. ALLEN, tend vers des thérapies parallèles de l'enfant et des parents par des thérapeutes différents, appartenant à une même équipe. Hésitant entre toutes ces méthodes thérapeutiques, une indication de thérapie est faite en fonction des stades de développement de l'enfant ou de l'atteinte d'une ou de plusieurs des quatre sphères

qu'elle définit. Cette troisième méthode fut très employée (D. BURLINGHAM : cas de Bobby qui fut traité successivement à deux ans et demi dans un centre de guidance psychiatrique, puis à trois ans et demi par une psychanalyse individuelle et à partir de quatre ans et demi par des psychanalyses concomitantes de l'enfant et de sa mère. Ilse HELMAN rapporte aussi un tel mode de travail) et elle eut le mérite d'indiquer les rapports d'interaction existant entre les vies fantasmatiques de l'enfant et de sa mère. C'est ainsi que D. BURLINGHAM parle de "Folie à deux" (en français dans le texte) quand elle compare les fantaisies orales et anales du matériel de Bobby et de celui de sa mère. Mais, si cette approche est liée à la reconnaissance d'une interaction, elle aboutit le plus souvent à une non-écoute des fantasmes de la mère en rapport avec son enfant par l'analyste de ce dernier, ou à une analyse du matériel de la mère et de l'enfant en fonction du matériel apporté par l'autre de par les échanges entre les deux analystes ; "Celui qui s'occupe de l'enfant se prive ainsi de l'apport nécessaire constitué par la parole maternelle et il fait mal la part du fantasme" (M. MANNONI).

"Les auteurs ne s'interrogent jamais sur la place de la parole de la mère dans le monde fantasmatique de l'enfant, ni sur la place du père dans la parole de la mère".

"Et lorsqu'on oblige une femme à se soumettre elle-même à une analyse (au lieu de l'entendre dans la cure de l'enfant), on ne songe guère combien il est vain de vouloir analyser une mère pour son propre compte à elle lorsque son compte à elle est à ce point l'enfant" (M. MANNONI, L'enfant, sa "maladie" et les autres).

Dans l'axe d'un abord de l'interaction parents-enfant comme lieu de la genèse des troubles et comme objet de la psychothérapie, B. CRAMER envisage les symptômes de l'enfant comme étant la conséquence d'une "contagion psychique" venant des parents.

Parlant d'interaction, d'interpénétration, il ne considère toutefois que le sens parent-enfant et opte pour une thérapie travaillant sur les projections et identifications projectives des parents. Cette conception rejoint donc celle des "parents en question" avec une relation de cause à effet univoque. Les mécanismes psychiques de l'enfant et leurs effets sur ceux des parents y sont négligés.

Une autre approche consiste à utiliser les parents comme agent thérapeutique de leur enfant. Cette pratique sera reprise plus longuement à travers les écrits de divers auteurs (WINNICOTT, FURMAN) pour montrer comment le fait d'avoir un rôle (éducatif ou thérapeutique) de compréhension et d'aide auprès de leur enfant peut les aider en tant que soutien narcissique et processus élaboratif personnel. En corollaire, de telles pratiques, existe l'idée qu'ils ne sont pas la cause des troubles de leur enfant.

Mais, c'est certainement l'étude des psychoses chez l'adulte et chez l'enfant et l'essai de compréhension que l'on peut en avoir par la psychanalyse qui ont ouvert d'autres techniques thérapeutiques psychanalytiques. L'importance des actes directement vécus à l'intérieur de son corps par le psychotique a été l'un des motifs d'aborder ces patients dans des structures de soins où la thérapie ne pouvait pas être uniquement verbale, mais devait s'appuyer, comme le signale P.C. RACAMIER sur les "actes parlants". Du constat de la nécessité de structure de soins tenant compte du fonctionnement de la vie psychique de ces patients, sont nées les expériences célèbres menées pour les enfants psychotiques par B. BETTELHEIM, ("Un lieu où renaître") ou M. MANNONI ("Un lieu pour vivre", "Vivre à Bonneuil"). C'est, ainsi que D.W. WINNICOTT le signale dans "Jeu et réalité", sur la capacité à "faire des choses" et à prendre du temps avec l'enfant ("...", et faire des choses, cela prend du temps", souligné par l'auteur),

qu'une aire de soin, de rencontre, de communication entre l'enfant et l'adulte peut s'établir. Cette réflexion sur le sens que peuvent prendre les actes des adultes, les actes institués, pour les enfants, ouvre directement une réflexion sur l'organisation de leur éducation : "une idéologie éducative fondée sur la notion de "rentabilité", n'admet pas la notion du "temps perdu" " (M. MANNONI, "Un lieu pour vivre").

Dans "Un lieu où renaître", B. BETTELHEIM préfère utiliser le terme de "éducateurs" pour définir les adultes qui s'occupent, qui vivent avec les enfants, insistant par là sur une double intention : ne pas "médicaliser" les relations enfant-adulte vécues à l'intérieur de l'école orthogénique - ce qui pour lui prend le sens de préserver "l'autonomie", le "respect" de l'autre - et mettre en valeur le rôle éducatif du psychothérapeute en tant qu'il correspond à une remise en question de ses illusions de guérison : "nous devons abandonner cette image que nous avons de nous-même, celle du Chevalier sans peur qui triomphe du dragon Folie, et admettre que nous ne sommes que d'humbles éducateurs. Peut-être, arracherons-nous quelques mauvaises herbes et planterons-nous quelques fleurs, mais nous ne créerons pas ce merveilleux jardin de roses immortelles dont rêve le patient, et peut-être, chacun des éducateurs". Il est toutefois important de souligner que pour cet auteur, ce rapprochement avec l'éducation se traduit surtout par l'analyse de la relation éducative et ne correspond nullement à une collaboration avec les parents, étant donné que l'auteur "ne croit pas à la restitution de la relation symbiotique originaire, mère-enfant, mais recommande la séparation de l'enfant d'avec sa famille et son insertion dans un milieu résidentiel" (M. MALHER).

Toujours dans l'étude de la psychose de l'enfant, à la suite de A. FREUD, M. MALHER propose un traitement en deux temps (étape introductive, étape du traitement proprement dit) qu'

elle considère comme une "expérience symbiotique corrective" et qu'elle présente comme une "formule thérapeutique tripartite : mère-enfant-thérapeute" où la mère participe aux séances de thérapie : "nous avons souvent noté que la présence de la mère à l'intérieur de la situation thérapeutique était non seulement très bien tolérée mais que c'était là pour la mère un signe de progrès que d'être ainsi recherchée par son enfant psychotique". Le thérapeute est alors très préoccupé par la relation mère-enfant qu'il veut modifier ; sa fonction est celle d'un "pont entre les préoccupations psychotiques et le réinvestissement de la mère". De la même façon que nous l'avons fait lors de l'étude de certains écrits de A. FREUD, nous posons la question de savoir pourquoi le thérapeute semble tant en difficulté face à l'investissement transférentiel de l'enfant sur lui et pourquoi, dans le cas de M. MALHER, il tient à ce que celui-ci se fasse toujours sur la mère, d'autant que l'auteur note la réticence des mères à assumer leur rôle symbiotique de restitution : "cette réticence est l'objet d'un des soucis premiers du traitement tripartite, sous peine de voir la mère la concrétiser en retirant son enfant du traitement". Personnellement, nous posons ce problème en terme de transfert et contre-transfert du thérapeute eu égard des mères et plus généralement des parents. Nous discuterons plus longuement de ces questions dans les pages ultérieures.

En accord avec B. BETTELHEIM, nous pensons que cette attitude technique risque de sous-tendre l'idée que l'enfant autistique ne peut nous "dire" assez de choses pour que l'on se contente d'être avec lui seul, ou bien qu'étant l'expression de la pathologie maternelle, on doit soigner la cause supposée, c'est à dire la mère. Ainsi, cet être au développement troublé "n'est pas davantage considéré comme un être autonome au cours d'une tentative thérapeutique pourtant destinée à faire de lui un être humain à part entière" (La forteresse vide). Il critique donc les thérapies

englobant la mère et l'enfant pensant que c'est commettre "l'erreur du supposer que toute relation mère-enfant mérite d'être sauvegardée, même si elle est préjudiciable à l'enfant". Et il conclut "qu'en étudiant et en traitant l'enfant, et non la mère nous pouvons le comprendre et lui venir en aide".

Ainsi, si ces deux auteurs ont des études théoriques concernant la psychose infantile similaires, leurs abords thérapeutiques sont très opposés et là encore pour des raisons d'hypothèses pathogéniques. M. MALHER, si elle ne pense pas que les troubles psychotiques sont liés à des mères "schizophrénogènes", insiste sur le fait "qu'il semble y avoir présence d'une déficience prédisposante", puis se tourne particulièrement vers le lien unissant mère et enfant psychotique qui serait "d'un tout autre ordre" et qu'elle situe en rapport avec "la sphère commune toute puissante mère-nourrisson". Aussi, porte-t-elle ses efforts thérapeutiques sur ce lien et cette unité fusionnée, indifférenciée. B. BETTELHEIM insiste beaucoup plus sur la "réaction autonome" de l'enfant aux stimuli ressentis par lui et portera ses efforts sur ce que vit cet enfant. En accord avec M. MALHER, il insiste sur le fait que les notions de non différenciation, de fusion correspondent au vécu propre à l'enfant mais signale qu' "alors qu'on écrit beaucoup sur la nature des parents de l'enfant autistique, on ne semble guère se préoccuper du fait que l'enfant lui-même, par ses propres efforts pour savoir et comprendre, peut nous apprendre beaucoup de choses sur sa maladie". Ainsi, les expériences thérapeutiques affectivo-émotionnelles de l'enfant sont vécues dans un cadre par l'intermédiaire du thérapeute, avec la mère, dans l'autre cas avec un substitut maternel thérapeute.

Pour B. BETTELHEIM, cette différence tient à ce que le premier cas "n'aboutit que si la maladie est relativement peu grave et l'enfant encore très jeune". En fait, Margaret MALHER

accorde une plus grande importance à la "reconstitution de la symbiose mère-enfant telle qu'elle existait au début" et travaille davantage avec elle pensant qu'une prédisposition de l'enfant a entraîné une distorsion grave de la symbiose normale. B. BETTELHEIM resitue notre ignorance étiologique quant à la psychose infantile mais opte pour une recherche psychogénétique. Il discute donc toutes les théories d'une prédisposition innée et déclare qu'il est "enclin à croire que l'autisme infantile, bien loin d'avoir une origine organique, aura cependant des effets irréversibles s'il persiste trop longtemps". Et cet auteur précise très clairement : "tout au long de ce livre, je soutiens que le facteur qui précipite l'enfant dans l'autisme infantile est le désir de ses parents qu'il n'existe pas" (La forteresse vide). Cette importance plus grande donnée à l'environnement et aux désirs de mort qu'il contient amène B. BETTELHEIM à retirer l'enfant du milieu où il a développé ses défenses autistiques et à le placer dans un milieu prêt à se modifier pour qu'une communication puisse s'instaurer avec l'enfant, milieu où les désirs de vie persistent même dans l'ambivalence.

En résumé, c'est l'importance accordée aux parents, à la relation éducative ou au processus thérapeutique à envisager pour eux qui retient notre attention. Si ces réflexions ont été faites à partir du travail thérapeutique avec les enfants psychotiques et leurs familles, elles s'inscrivent dans la sollicitation générale, quant à la demande très importante en matière d'éducation, de notre époque.

III . AU DELA DES TECHNIQUES

Ainsi, si presque toutes les méthodes de traitement envisagées ci-dessus sont à considérer comme des aménagements de

la thérapie psychanalytique à l'enfant psychotique, il n'est pas sans importance de noter qu'elles permettent de comprendre que quel que soit le type de psychopathologie présenté par l'enfant, les modalités thérapeutiques à notre disposition ne peuvent pas ne pas se poser la question de la modification de la relation éducative parent-enfant et du rapport transférentiel parent-thérapeute : "il n'y a modification possible des méthodes et de la relation éducative que dans la mesure où peuvent être mis en évidence les ressorts de l'identification des parents aux psychanalystes" : (S. LEBOVITZ, M. SOULE).

Ainsi, de nombreux aménagements thérapeutiques doivent être trouvés et nous pensons que cela ne peut se faire que par une réflexion sur la relation Parent-Enfant-Tiers renouvelée à chaque thérapie. Entre la séparation totale du milieu que B. BETTELHEIM a préconisé pour des pathologies comprises comme des "réactions à des situations extrêmes" et le traitement de l'unité symbiotique mère-enfant, nous avons pu vivre de nombreuses situations intermédiaires nées de la clinique interpersonnelle, tout en gardant le souci constant de porter notre attention sur les dynamiques transférentielles.

Si nous nous référons à d'autres auteurs (M. MANNONI, D.W. WINNICOTT, l'école de Paris, etc...), nous pouvons noter que des attitudes intermédiaires sont utilisées par ces thérapeutes et qu'elles consistent le plus souvent à écouter le discours des parents, à discuter des racines de certaines attitudes éducatives et surtout à permettre aux parents un certain travail intérieur parallèlement à la thérapie de leur enfant.

Si M. MANNONI et F. DOLTO se rejoignent pour donner une part des responsabilités des troubles de l'enfant, aux institutions familiales et scolaires : "notre pratique nous convie à

constater journallement des effets névrosants de la vie scolaire sur des enfants qui ont eu une structure personnelle en famille saine et un oedipe sainement vécu" (F. DOLTO, préface de "Le premier rendez-vous avec le psychanalyste" de M. MANNONI), un intérêt particulier est porté par elles à la relation Parent-Enfant-Tiers (cf "Vivre à Bonneuil"). Ainsi, après ERIKSON, Maud MANNONI souligne l'importance pour l'analyste et pour la continuité du traitement de l'enfant d'une écoute de la parole maternelle dans la cure de l'enfant : "l'écoute donnée par ERIKSON aux deux parents, à la mère en particulier, a permis à celle-ci de ne plus avoir besoin de son enfant pour exprimer son problème propre" ("L'enfant, sa "maladie" et les autres"). Comparant les analyses de Hans (S. FREUD) et de Sam (ERIKSON), elle préconise l'écoute des deux parents, ce qui permettra une évolution de leur part, "c'est à partir de là (à partir du jour où le père est introduit dans la cure de l'enfant) que la mère va pouvoir exprimer une parole juste ayant trait au désir".

Nous pensons, en effet, que l'enfant doit s'autoriser à modifier ses investissements objectaux et que cela réclame un acte symbolique des parents qui est souvent de rencontrer le thérapeute de leur enfant. Mais, cette rencontre va permettre aussi aux parents, dans le meilleur des cas, un questionnement et un essai de compréhension de leurs propres difficultés, de leurs demandes à l'égard de leur enfant ; et ceci sera possible par un retour à leur propre enfance.

Ainsi, Raynier, six ans, resta deux mois debout, silencieux, immobile et collé à sa mère face à nous, alors que dès la fin de la séance, il partait jouer et bavarder avec ses copains. Décrit comme "ayant le caractère de son père", c'est à dire volontaire et têtue, sa mère nous l'amène parce qu'il refuse de parler à l'institutrice. C'est l'impossibilité de voir le père "très pris

par son travail", "très peu à la maison" qui nous fit aborder les questions de la relation conjugale et proposer une thérapie seulement après la rencontre des deux parents.

Raynier avait certes besoin d'une aide psychologique en raison de l'obligation qu'il avait d'exprimer de façon répétitive ses difficultés par des symptômes : refus de parler aux adultes étrangers puis refus d'apprendre à lire, puis refus d'apprendre à écrire. Cette identification paternelle qu'il semblait tenter nous apparut difficile en raison d'une intériorisation ~~pa~~ solide de la séparation mère-enfant. De plus, la dynamique mère-fils reproduisait le mode relationnel d'opposition-soumission existant à l'intérieur du couple parental. Cette dynamique identificatoire consistant à élaborer une relation à la mère du type de celle existant entre le père et la mère, c'est à dire par identification aux mécanismes de défenses utilisés dans leur relation, était une des raisons pour que le traitement de ce garçon continue dans le but de permettre une dynamique oedipienne plus élaborée.

oooOooo

CHAPITRE III

FORME ET CONTENU DE LA RELATION PARENTS - THERAPEUTE

*"A une question de MANG WU relative à la piété filiale, le Maître répondit :
"Les parents ne doivent supporter qu'un seul tourment, celui de leur propre maladie".*

LES ANALECTES

Confucéens

II, 6

/A/

DE LA QUESTION EDUCATIVE

ooooooooooooo * ooooooooooooo

Ce parcours au travers des pratiques différentes annonce le cheminement que notre pensée va suivre maintenant. Tout d'abord, nous allons étudier comment thérapie et éducation occupent la relation Parent-Enfant-Tiers, puis nous porterons notre réflexion sur l'aménagement que peut prendre la relation parent-thérapeute pendant la thérapie d'un enfant.

I . LE CONSEIL

Il est habituel de remarquer à quel point le psychothérapeute d'enfant est interpellé par la demande des parents en conseils éducatifs au cours de consultations ou de thérapies au long cours. Certains auteurs pensent que notre réponse à ceux-ci est nécessaire lors de consultations étant donné que le psychothérapeute ne donne rien aux parents (ni ordonnance, ni remède) : "il faut donc au moins leur parler, les munir de conseils précis qui provoqueront, s'ils les appliquent, un progrès si léger soit-il dans le comportement de l'enfant, grâce à quoi on aura confiance en nous et on nous le ramènera." (F. DOLTO, "Psychanalyse et pédiatrie"). Ceci est lié à l'idée que vis à vis des parents, "le bon sens est l'outil majeur de notre arsenal thérapeutique a priori", et que notre relation aux parents doit utiliser une certaine "dose de suggestion" et des moyens de psychothérapie faisant appel au conscient. Mais, quelle est la capacité d'un psychothérapeute

d'enfant à donner des conseils éducatifs ? Que signifie le "bon sens" ? D'autre part, les conseils éducatifs ne répondent-ils pas seulement à la demande consciente des parents, au masque, au discours manifeste seul ? Nous pensons qu'ils peuvent venir gêner l'accès au sens de cette demande et en répondant au niveau de la méthode, laisser en arrière-plan la dimension relationnelle éducative.

En fait, il peut arriver que la demande soit très pressante et que la non-réponse soit difficilement supportable par les parents. Mais, notre expérience nous a montré qu'en général une neutralité ou interrogation adressée aux parents sur leur hésitation entre telle ou telle attitude était bien supportée et permettait, le plus souvent, d'axer la consultation plus sur les relations parents-enfant que sur le "que devons-nous faire quand".

Cette capacité à abandonner le "faire" éducatif pour aborder le "comment" et le "pourquoi" de telle réaction, nous a paru être liée à l'attitude intérieure des parents, attitude existant souvent avant la rencontre avec le psychiatre d'enfant et s'élaborant ensuite avec lui.

Il nous est arrivé d'être uniquement sollicité au niveau des "conseils", notre réponse ou non-réponse dans ce cas n'ont rien changé à l'issue de la rencontre Parent-Enfant-Tiers, c'est seulement l'interrogation sur ce que cette demande figée pouvait signifier - angoisses, refus que la relation à l'enfant soit modifiée, ambivalence par rapport au thérapeute mêlant soumission et agressivité - qui pût laisser une ouverture possible exprimée lors d'une consultation ultérieure.

A l'inverse, un conseil nous permet parfois d'ouvrir la verbalisation de la relation parent-enfant.

C'est le cas de Mme N. qui vient à notre consultation avec Olivier, douze ans, pour nous demander de faire quelque chose, son fils étant insupportable. Puis, elle exprime une multitude de reproches à son égard s'appliquant à la vie courante et teintée d'une relation très affective entre eux. Ce qui revient sans cesse, c'est l'obligation de cette femme de tout ranger, sa difficulté à supporter le désordre de ses enfants et le conflit que cela crée entre elle et eux. Elle dit au cours de l'entretien, où sont présents mère et fils, qu'elle doit être un véritable "poison" pour eux. Toutefois, une réflexion sur leur relation, sur ce qui est en difficulté chez cette mère ne peut être abordée et nous terminons l'entretien en proposant de revoir mère et fils dans une semaine. Nous donnons le conseil de laisser Olivier libre de vivre son désordre dans sa chambre et de n'exiger de lui que le respect des autres lieux.

C'est une semaine plus tard que nous voyons Mme N. arriver, nous déclarant, toute souriante : "je n'ai pas pu ! Il a fallu faire venir le médecin parce qu'il était malade, je ne pouvais pas accepter cette panique, il fallait que je change les draps...". L'entretien se passe ensuite dans une discussion entre la mère et le fils, notre rôle étant alors celui de témoin silencieux.

Ce constat "je n'ai pas pu" puis la communication établie avec le fils, lequel montre à sa mère à quel point elle s'occupe de tout ce qui le concerne, permet d'amorcer une interrogation sur ce que cette femme vit intérieurement, c'est à dire son incapacité à se séparer de ses enfants, à ne pas "les avoir sous les yeux". Tout ceci nous amène à décider d'entretiens avec Mme N. seule et à envisager une consultation où le père d'Olivier sera présent pour évaluer l'éventuelle aide à apporter à Olivier. C'est ainsi que la lutte incessante de cette femme contre sa dépres-

sion pourra être abordée en fonction de ce qu'elle a pu vivre personnellement et de ce qu'elle exige quotidiennement de sa famille.

Le déroulement de cette situation permet de noter que le conseil donné a eu plusieurs destinées. Peut-être, a-t-il permis à cette femme de plus clairement exprimer sa souffrance personnelle : "je n'ai pas pu" et ainsi de lui proposer une aide différenciée de celle pour laquelle elle était venue consulter. D'autre part, elle révèle toute l'ambivalence de Mme N. à notre égard. En montrant l'inefficacité de notre conseil, elle se réidentifiait à l'imgo maternelle omnipotente dont nous avons été revêtus lors de la première consultation. En effet, les parents, allant consulter le pédiatre ou le psychiatre d'enfant, projettent à l'intérieur de ceux-ci tout le pouvoir éducatif et les "bonnes normes" concernant l'élevage des enfants. Il nous est apparu important de réduire cette projection idéalisante - se transformant le plus souvent en agressivité - en laissant aux parents la décision de l'éducation de leur enfant. Ceci ne veut pas signifier que nous écartons de nos entretiens le problème d'éducation mais après avoir resitué ceci comme étant leur rôle parental, nous essayons de comprendre avec eux pourquoi il y a ici problème pour eux. Nous rejoignons en cela D.W. WINNICOTT quand il affirme : "pour tirer le meilleur des parents, nous devons leur laisser l'entière responsabilité de ce qui les regarde vraiment, l'éducation de leurs propres enfants" ("L'enfant et sa famille").

A cette occasion, nous voudrions, ainsi que nous en avons pris l'habitude, faire une petite parenthèse sur l'importance à prêter attention au confort illusoire qu'il y aurait à s'appropriier toute la tâche éducative et sur notre incompétence relative quant à cette responsabilité.

Pour cela, nous laisserons la parole à D.W. WINNICOTT

qui s'élève vivement contre une tendance générale nous concernant en tant que thérapeute d'enfant : "ceux qui administrent réellement les services public n'ont pas tous confiance dans l'aptitude de la mère à mieux comprendre son enfant que quelqu'un d'autre. Médecins et infirmières sont souvent si impressionnés par l'ignorance et la stupidité de certains parents qu'ils ne peuvent admettre la sagesse des autres... Ils acquièrent de solides connaissances sur le corps qu'il soit malade ou en bonne santé, mais ils ne sont pas nécessairement qualifiés pour comprendre toute la tâche des parents".

Cette intervention prend tout son intérêt si l'on veut bien quelques instants se pencher sur les études des historiques concernant la Famille (J.M. DE GERANDO, "Le visiteur du pauvre", et J. RICHELAT in Recherches numéro 28 "Disciplines à domicile"). Nous donnerons pour illustrer la tendance à s'interposer entre enfant et parents une citation de J.M. DE GERANDO :

"Sans usurper, donc, les droits des pères et mères, nous suppléerons à leur vigilance : nous irons souvent visiter les petits élèves à l'école ; quand ils reviendront sous le toit paternel, nous y arriverons aussi ; nous les interrogerons en présence des pères et des mères sur ce qu'ils ont appris, sur la conduite qu'ils ont tenue ; nous leur donnerons quelques petits encouragements, quelques récompenses bien entendu : le choix des récompenses et des punitions appliquées à l'enfance est si important ! Il exige tant de discernement ! Les règles en sont si mal connues ! Qu'attendre à cet égard de parents ignorants et grossiers ? Ils puniront leur enfant avec brutalité, ils les puniront par caprice et par humeur. Nous nous interposerons doucement pour détruire cette fâcheuse influence..."

Ainsi, nombreux sont les écrits anciens où l'on trouve déjà l'ingérence de l'Eglise, l'Ecole ou la Médecine dans la relation mère-enfant avec bien sûr toujours un but très positif

que ce soit la morale, l'instruction ou la santé. Mais, n'y-a-t-il pas moyen de réaliser ces objectifs en respectant la relation parents-enfant ?

II . EDUCATION ET PSYCHOGENESE

Nous avons noté plus haut qu'il pouvait ainsi être tentant pour le thérapeute sollicité, d'intervenir en matière d'éducation et ainsi de revêtir l'imgo maternelle omnipotente interdicienne en montrant aux parents certaines erreurs éducatrices. Ainsi, deux raisons ont déjà été soulignées quant à l'activisme possible par le conseil éducatif :

- La nécessité pour le thérapeute - c'est à dire la difficulté à supporter la frustration infligée aux parents - de répondre à la demande manifeste parentale.

- La tentation de s'identifier à l'imge toute puissante projetée par les parents sur le thérapeute, sans percevoir la double facette de cette projection (idéalisation, agression).

Une troisième raison nous renvoie au paragraphe que nous avons intitulé "les parents en question" et qui traitait des positions théoriques quant à la psychogénèse des troubles psychopathologiques. C'est la croyance réductrice en l'effet traumatisant de tel comportement qui anima nombre de défenseurs de l'enfance et qui laissa supposer que la modification des normes d'élevage pourrait être une prévention psychopathologique. Il n'est d'ailleurs pas sûr que ce système de pensée soit tout à fait sorti de nos têtes ! Il n'est, d'autre part, pas sans intérêt de noter l'impact des mass médias et de la vulgarisation quant à la diffusion de ce mode de pensée. Ainsi, sommes-nous amenés à nous demander si cette diffusion n'était pas au service de la tendance parentale à se culpabiliser et à se faire culpabiliser. En effet,

il n'a pas été rare lors de nos consultations d'obtenir dans l'anamnèse rapportée par les parents un évènement dit traumatisant. Nous nous sommes questionnés sur cette facilité à donner de tels renseignements. Il nous est apparu que ceci servait, en premier lieu, à nourrir la curiosité et la recherche étiologique du psychiatre, à tel point que certains parents ont été amenés sans que notre questionnement les y induise à fouiller la petite enfance de leur enfant afin de trouver ce quelque chose qui expliquerait tout. Ce souci légitime de participer à la compréhension du trouble, à la recherche de son origine nous est ensuite apparu comme participant aussi à une résistance à l'approche du vécu relationnel parent-enfant qui a pu avoir lieu à l'époque des dits évènements.

Ainsi, telle mère qui explique la situation actuelle par un changement de nourrices à la journée répété à trois reprises pendant les deux premières années de son fils Landry. C'est seulement après plusieurs entretiens avec elle, qu'elle peut petit à petit parler de ce qui s'est passé pour elle. C'est un fond de culpabilité intense que l'on découvre et qui est exprimé à travers les liens que cette femme fait entre la naissance de son fils et la mort de sa mère (à quelques semaines de différence), entre sa décision de continuer à travailler et de faire garder Landry, entre son choix postérieur de stopper le travail à la naissance d'un cadet et "l'acquisition de la propreté qui a immédiatement suivi" chez Landry.

C'est donc le double aspect autopunitif et défensif qui nous a retenus dans cette valorisation après-coup de l'évènement. Ceci semble rejoindre l'observation de S. LEBOVICI et M. SOULE sur "l'attitude de repentants" ou "l'attitude de révolte contre le jugement qu'ils prêtent d'emblée au psychiatre" que l'on peut observer chez les parents.

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que l'on trouve dans les premiers écrits concernant les rapports entre la psychanalyse et l'éducation, l'espérance en une prévention passant par une propagande éducative et une psychanalyse des éducateurs, instituteurs, (S. FREUD : "Nouvelles conférences sur la psychanalyse") "... on se dit que seule l'étude approfondie de la psychanalyse est capable de constituer une préparation suffisante à l'exercice d'une pareille profession. Le mieux est que l'éducateur ait lui-même subi une analyse... Plus encore que l'analyse des enfants, celle des maîtres, des éducateurs, semble devoir être une mesure prophylactique efficace et sa réalisation présente aussi moins de difficultés." C'est le même type de réflexion que l'on trouve chez M. KLEIN dans les premiers articles des "Essais de psychanalyse" où elle envisage les bienfaits "d'une éducation basée sur la franchise totale", "cette exigence, si solidement établie par l'expérience analytique, selon laquelle les parents, les personnes qui s'occupent d'enfants, les maîtres d'école devraient eux-même être analysés, restera un vœu pieux longtemps encore, je pense". De même, le souci similaire est rapporté par J. LACAN dans "L'encyclopédie Française" ("Sur la famille"). C'est donc seulement après une phase de désillusion, une épreuve de réalité, pourrait-on dire, qu'une réflexion fut faite sur les bases des attitudes éducatives et sur les mécanismes en jeu dans cette relation.

III . LA RELATION EDUCATIVE

De la croyance, comme nous l'avons développé plus haut, en une relation de cause à effet univoque entre les troubles de l'enfant et les conflits familiaux, découle naturellement aussi bien chez les auteurs classiques que chez certains contemporains, l'idée que, suivant la même logique, on pourrait obtenir des résultats finaux différents en modifiant les mesures éducatives. Ainsi,

une action sur l'éventuelle cause obtiendrait une répercussion sur l'effet. Notons toutefois que cette intervention sur la cause, en ce qu'elle se résoud à un changement d'attitudes éducatives, ne tient alors compte que de comportements dans leur aspect explicite et conscient et délaisse ce dont ils sont la traduction, c'est à dire un aménagement entre plusieurs individus où les défenses inconscientes de chacun sont interpellées par les dynamiques psychiques des autres.

Ainsi, comme le signalent S. LEOVICI et M. SOULE, "le développement de la théorie psychanalytique a révélé le caractère plus ou moins fallacieux de ces espoirs" et les attitudes éducatives ont pu être comprises dans la dynamique relationnelle transactionnelle, comme n'étant point la cause des troubles psychologiques mais comme des facteurs facilitateurs ou inhibiteurs du développement normal de l'enfant. C'est dans le cadre de recherches sur la genèse du psychisme de l'enfant que la modification de nos conceptions de normalité et de normes éducatives a pu être effectuée. Ainsi, de nombreux auteurs (R. DIATKINE : "Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale de l'enfant", S. LEOVICI et D. BRAUNSCHWEIG "A propos de la névrose infantile", D.W. WINNICOTT : "Les instincts et les difficultés normales", "L'enfant en bonne santé et l'enfant en période de crise : quelques propos sur les soins requis") se rejoignent dans l'idée contenue dans cette phrase de HARTMANN : "une certaine somme de souffrance et de maladie fait partie intégrante du tableau de santé" ("Psychologie du Moi et problèmes de l'adaptation"). Ceci sous-tend l'idée que la relation parent-enfant va avoir à se modifier en fonction des capacités de chacun à supporter et réagir aux difficultés temporaires vécues par l'autre. C'est aux symptômes et difficultés normales du développement de l'enfant que les mesures éducatives des parents vont répondre en fonction de ce qu'elles vont mobiliser inconsciemment chez eux. Cette relation éducative va donc s'

exprimer par des attitudes et comportements traduisant le plus souvent une rigidité ou une souplesse devant tel type d'angoisse réveillé. C'est cet aspect qui réclame notre attention vis à vis des mesures éducatives utilisées par tels parents. C'est dans la mesure où elles correspondent à la possibilité d'être ou de ne pas être mis en danger intérieurement par tel conflit vécu par leur enfant que les parents prendront des attitudes aux formes interdites ou permissives et ainsi mettront leur enfant dans l'obligation d'organiser et de structurer ses modes défensifs.

Au pire, la dynamique parent-enfant pourra se construire sur une série de processus défensifs, de contre-investissements, de contre-réactions qui formeront l'équilibre névrotique de la famille toute entière et qui seront les mécanismes de base d'états pré-névrotiques paranormaux dont la structuration en névrose infantile fera partie du phénomène beaucoup plus complexe de névrosation des relations familiales.

Au contraire, la tolérance des parents, - non point l'acceptation consciente qui correspond plus à une ignorance ou à une favorisation des défenses de l'enfant et aura par ce fait les mêmes conséquences qu'une position interdite - tolérance qui ne peut qu'être bâtie sur la perception inconsciente du vécu de l'enfant et la capacité à vivre avec tranquillité ce réveil intérieur d'angoisses anciennes - ce qui peut n'exister que si ces angoisses ont pu être suffisamment bien négociées pendant la propre enfance des parents ou au cours d'un traitement psychothérapique - jouera un rôle en permettant à l'enfant de trouver compréhension, réassurance et identification possible.

C'est bien ce qu'affirment S. LEBOVICI et M. SOULE quand ils disent à propos des impératifs des parents que "s'ils sont à la fois des limites et des interdictions, ce sont aussi

des modèles proposés à ses (l'enfant) capacités d'identification pour élaborer les structures propres à canaliser son angoisse".

Pour résumer, c'est le double aspect de la relation éducative qui paraît devoir être présent et utilisé par tel parent avec tel enfant ; ainsi, tolérance et compréhension permettent à l'enfant de ne pas renforcer ses investissements défensifs, mais fermeté et réassurance lui apprennent à affronter ses angoisses et à utiliser avec souplesse les mécanismes défensifs qu'il a à sa disposition.

Ce développement nous permet bien de nous rendre compte à quel point les conseils éducatifs que le psychiatre d'enfant pourrait être amené à donner, ne correspondent pas à la complexité du problème. Mais, il nous est apparu aussi que les troubles présentés par l'enfant s'étaient créés dans l'établissement de relations familiales particulières. C'est donc sur cette constatation que "l'aide aux parents" doit être envisagée. Si le conseil éducatif nous semble ne pas répondre aux dynamiques inconscientes en jeu, il va falloir envisager ce que peut être cette "aide" et comment elle peut être aménagée dans la triade Parent-Enfant-Tiers.

Cette réflexion nous paraît nécessaire quand avec S. LEBOVICI et D. BRAUNSCHWEIG nous pensons que "toute action sur les parents, en dehors du maniement proprement psychothérapique ou psychanalytique risque d'aboutir à des effets sinon toujours inverses, en tout cas bien différents de ceux qui étaient visés".

Pour faire la transition entre cette réflexion sur les rapports d'éducation et psychothérapie dans la relation Parent-Enfant-Tiers et l'approche que nous avons prévue de l'aménagement de la relation parent-thérapeute au cours d'une thérapie d'enfant, nous vou-

drions reproduire cette longue citation de S. LEBOVICI et M. SOULE :

"Actuellement, on s'applique à séparer les deux fonctions contradictoires. Le psychanalyste d'enfant se consacre exclusivement au traitement de l'enfant en intervenant le moins possible sur le plan éducatif. Il se refuse à donner des conseils tant à l'enfant qu'aux parents et compte davantage sur les effets bénéfiques du traitement pour permettre à l'enfant libéré de sa névrose d'élaborer un comportement mieux adapté à l'action éducative de sa famille. En revanche, un autre psychothérapeute ou le psychiatre d'enfant lui-même prend en charge les parents... Il n'en reste pas moins que des parents inaccessibles à toute modification de leur attitude éducative rendent la psychothérapie impossible, inefficace, voire même placent l'enfant dans une situation douloureuse où l'arrêt du traitement s'impose".

oooOooo

/B/

DE LA "REALITE" SCOLAIRE

ooooooooooooo * oooooooooooooo

Avant de passer à l'aménagement de la relation Parent-Enfant-Tiers, nous voudrions nous arrêter quelques instants sur un problème très spécifique de la vie de l'enfant et qui vient souvent envahir le champ de la relation avec les parents. C'est un problème que nous jugeons d'autant plus important qu'il se place à deux niveaux qu'il convient de pouvoir distinguer : en effet, c'est à la fois une réalité qui pèse sur l'enfant et sur sa famille, et un élément d'un système de défenses face à la relation de soin enfant-thérapeute. C'est bien sûr de la progression de l'enfant dans le cursus scolaire que nous voulons parler.

Il ne nous paraît pas possible de nier l'importance de cette réalité qui occupe généralement une grande partie du temps et des investissements de l'enfant déjà très tôt à l'école maternelle. Certes, cette réalité semble prendre une grande importance pour les parents, dès que leur enfant atteint le niveau des classes primaires. C'est à partir de ce moment que l'idéal social vient se confronter dans le vécu des parents à la réussite ou l'échec scolaire de leur descendant. Dans cette optique, il apparaît dont très légitime que des parents parlent de ce problème à celui qui est sensé aider leur enfant. Mais, il ne nous faut point oublier que c'est du lieu d'une dynamique relationnelle que le psychothérapeute a la capacité de permettre à un enfant de travailler sur ses difficultés psychiques. Ainsi, si les parents lui donnent la toute-puissance et par ce fait, le pouvoir de faire

correspondre l'enfant réel à l'enfant imaginaire de leur fantasme - l'enfant de la nuit comme le disent D. BRAUNSCHWEIG et M. FAIN - donc de réaliser l'enfant phallus, il revient au thérapeute de rester vigilant par rapport à son contre-transfert pour ne pas oeuvrer dans le monde de l'illusion. La question qui mérite d'être re-posée est donc bien "pourquoi en dehors du problème réel de la scolarité, ces parents viennent -ils parler à moi, psychothérapeute de leur enfant, de ce problème?" C'est cette question qui nous semble indispensable dans la relation parent-thérapeute chaque fois que le discours se place manifestement dans la réalité objective. La seule chose que le psychothérapeute peut espérer, aussi bien dans les problèmes éducatifs que pédagogiques, c'est que son attention à travailler dans le cadre transférentiel permette à l'enfant d'être plus libre dans la gestion de son économie psychique et que ceci ait comme effet secondaire une plus grande capacité à aménager ses investissements face aux exigences éducatives et pédagogiques. Pour cela, il nous est apparu important de préciser aux parents que notre but ne pouvait pas être de faire de leur enfant le "premier de sa classe" et plus précisément qu'il leur faudrait accepter que le problème scolaire passe pour nous au second plan. C'est là une difficulté que le psychothérapeute aura souvent à vivre intérieurement et qui lui demandera de redéfinir la finalité de son activité. S'il ne peut accepter de se démarquer des exigences sociales et s'il pense que le but de son action est de faire une "médecine sociale" (E. KRIS), il ne pourra exiger des parents "qu'ils fassent passer la nécessité scolaire au second plan alors même que cela s'impose pour le traitement d'un trouble de la personnalité" (S. LEBOVICI, M. SOULE). Ceci mérite une interrogation continuelle du thérapeute sur le pourquoi de son état de soignant. Ne témoigne-t-il pas alors de sa difficulté à aborder les problèmes intrapsychiques et de son insécurité par rapport à la technique de soins qu'il utilise en acceptant d'échapper à l'abord psychologique du matériel qui lui est donné au

profit d'un regard socio-pédago-médico-psychologique ?

Notre attitude fut donc de plus en plus nettement de différencier la résolution du problème d'orientation scolaire et les inquiétudes ou le mouvement transférentiel des parents sur le thérapeute qu'elles recouvraient. Ainsi, la décision d'une solution mérite d'être renvoyée aux parents et il faut les inviter à la trouver soit avec le système scolaire lui-même, soit avec un autre psychiatre (ce qui fut facilité, mais aussi parfois vécu avec difficulté, par notre travail dans un centre médico-psychologique, suivant la capacité de chacun de vivre de façon uniforme ou différenciée les rôles au sein de l'entité "équipe").

Néanmoins, il nous est apparu important d'interroger les parents sur l'aspect transférentiel qui consiste comme nous l'avons déjà signalé, à donner au thérapeute le pouvoir de savoir ce qu'il faut faire pour leur enfant. Nous avons déjà signalé ce problème au sujet des conseils éducatifs et nous n'y reviendrons donc pas ici. Mais, notons que notre réponse directe en dehors de l'étude de la signification de la demande des parents, est souvent suivie d'une décision qui apparaît paradoxale vis à vis de leur attitude consciente lors des consultations et qui témoigne de l'ambivalence profonde de cette demande.

De nombreux exemples cliniques pourraient être présentés pour illustrer notre propos.

Ainsi, Jacinthe, dix ans, seconde d'une fratrie de quatre, est amenée à notre consultation pour problèmes scolaires ; elle a suivi une rééducation orthophonique qui a pu être bénéfique pendant quelques mois, puis qui "ne peut plus rien lui apporter" dit la rééducatrice dans une lettre qu'elle nous envoie. C'est par une écoute des parents que ses troubles de la personnalité sont

abordés et qu'une thérapie est décidée. Elle se poursuit depuis un an. L'aspect obsessionnel domine le tableau clinique, les rituels, les actes compulsifs, la méticulosité excessive de Jacinthe sont très mal supportés par la famille. Pour Jacinthe, toute son énergie psychique semble au service de son système défensif et aucune acquisition scolaire ne semble pouvoir être faite sinon au prix d'efforts importants qui aboutissent à une activité acquise mais dépourvue de plaisirs. Ainsi, elle sait lire, écrire, compter mais semble faire tout cela tout "en étant ailleurs", "elle y arrive mais on dirait qu'elle a un vide dans la tête" dit la mère. C'est donc avec une inhibition majeure que se présente Jacinthe aussi bien à l'école, à la maison. Pendant les séances, cette inhibition domine sur le plan moteur mais son activité fantasmatique apparaît vive à travers ses dessins. "En classe, dit l'institutrice, elle fait mille petites choses avant de se mettre au travail que j'ai demandé, elle est souvent dans la lune". En effet, une activité psychique défensive importante ne permet pas à Jacinthe la moindre disponibilité pour ce qui est du monde extérieur, préoccupée qu'elle est à essayer de trouver une issue à ses fantasmes et désirs liés à sa condition de fille. C'est par une activité de jeu qu'elle peut garder contact avec cette réalité et semble ainsi pouvoir construire cet espace transitionnel où les réalités objectives et psychiques se mêlent sans que l'on soit obligé de distinguer à tout moment l'une de l'autre. Cette activité ludique porte quasiment toujours sur le thème de la vie en famille. Tout son entourage a pu observer sa grande attirance vers les petits enfants "dont elle s'occupe à merveille". C'est ce que Jacinthe reproduira dans ses dessins et surtout dans sa tendance à vouloir établir entre elle et moi, un espace transitionnel, un espace d'échange. Le squiggle utilisé au départ pour entrer en contact avec elle, est sa façon préférée et habituelle de répéter ce qu'elle ne peut pas apporter en parole. C'est dans sa problématique oedipienne, exprimée par elle par son goût pour jouer à la

poupée, par sa problématique de la castration et de la différence des sexes que nous comprenons donc sa répétition, par le squiggle, à faire des dessins - ce qui prend pour elle le sens de faire des bébés - avec moi pendant la séance et ainsi à essayer de maîtriser les angoisses incestueuses qui y sont liées.

Aussi bien le père et la mère reviennent constamment lors de nos entretiens aux difficultés scolaires, bien qu'arrivant parfois et de courts moments à parler de leurs difficultés propres. Le père de Jacinthe, Mr M., se présente assez rigide, excédé par les comportements de sa fille qui ne résiste ni aux menaces, aux promesses, aux encouragements, etc... C'est surtout l'avenir scolaire qui le préoccupe apparemment. Toutefois, il accepte de voir la souffrance de sa fille et parler des difficultés qu'il ressent face à cette enfant. Mme M. est très effrayée du contact avec nous et très tôt désire ne nous rencontrer qu'avec son mari (il n'est possible de la voir seule qu'une fois). Elle parle de sa jeunesse dans un mouvement d'identification à sa fille et se présente sur un mode phobique très net. C'est ainsi qu'elle cherchera très souvent à éviter le contact avec nous et avec sa souffrance intérieure, en revenant à la réalité scolaire. Jacinthe présente en effet un retard scolaire et le problème de son orientation se pose objectivement. Cela sera utilisé par les parents pour éviter la rencontre avec nous et ils nous proposent régulièrement de rechercher des informations auprès de l'institutrice. Respectant notre consigne et sur la pression des parents, cette dernière prend rendez-vous pour nous exposer la réalité scolaire. Nous renvoyons toute décision aux parents et au système scolaire dans une collaboration où nous devons affirmer très nettement la nécessité de soins pour Jacinthe, et notre position de soignant. Notre avis se limite à soutenir l'importance des soins et à reconnaître que le problème scolaire très réel doit être résolu entre les parents, l'école et le reste de l'équipe d'hygiène mentale.

Ceci nous a semblé être la seule solution pour que les rencontres rares avec les parents puissent être centrées sur les troubles de leur enfant et sur leurs sentiments face à celui-ci.

Une autre situation clinique peut nous aider à comprendre à quel point il est difficile pour certains parents d'admettre les troubles de la personnalité de leur enfant et donc de prendre des mesures thérapeutiques adaptées. Fréquemment, ils cherchent, et cela même après plusieurs mois de traitement, à retrouver de façon activiste des solutions pédagogiques brandissant l'argument : "il ne faut pas perdre de temps, il vaut mieux que mon enfant apprenne un tout petit peu et commence tout de suite, qu'attendre trop longtemps, après il sera trop tard".

Nous reviendrons plus loin sur le sens de ce type de discours. Pour illustrer notre propos, nous pouvons nous référer aux situations de Célia et de Prosper que nous décrirons plus longuement dans notre développement ultérieur sur l'aménagement de la relation Parent-Enfant-Tiers.

Ainsi, Célia, cinq ans, est psychotique et présente une épilepsie à traduction électro-encéphalographique principalement. La possibilité d'organiser des entretiens réguliers avec les parents et des séances avec Célia est possible après plus d'un an d'hésitations, de "réalités" familiales mettant en attente toute tentative de soin.

Après plusieurs mois d'entretiens hebdomadaires avec les deux parents, ceux-ci signalent leur impossibilité à venir ensemble étant donnés des changements d'horaires. Le père, personnalité où dominant les défenses projectives, la méfiance, l'interprétation, ne peut plus venir nous voir suite à ces changements réels. Quelques mois après, c'est notre disponibilité qui

est moindre (changement de lieu de travail), nous leur formulons par le fait que nous leur demandons de prendre rendez-vous quand ils désirent nous rencontrer au lieu de prévoir un rythme régulier d'entretiens. En quelques semaines, nous assistons à travers les contacts avec la mère de Célia et les coups de téléphone du père, à une recrudescence d'un discours de référant à la réalité scolaire et médicale (traitement épileptique) de leur fille. Le système scolaire nous est-il dit ne peut plus garder Célia (elle est en maternelle et nous sommes alors au milieu d'une année scolaire) et une urgence nous est posée. Nous exigeons alors de revoir les parents ensemble et devant notre exigence, ils trouvent un moment pour venir. La discussion ne peut pas sortir des réalités d'orientation, de placement, de tracés électro-encéphalographiques et de nombre de comprimés. Nous n'arrivons à leur exprimer que la nécessité de ne pas précipiter un placement mais de trouver un lieu de soin et de continuer la relation établie avec le psychologue de l'équipe. Quelques jours après, Célia est hospitalisée dans un service de pédiatrie où notre travail est rapporté totalement déformé par les parents qui projettent sur nous de façon répétitive la seule image mauvaise. Notre contact hebdomadaire avec le père et la mère avait permis de réunir en un point leurs projections et de les apaiser tant par la verbalisation de leur tendance à cliver que par un échange réel de courrier avec le pédiatre chargé du traitement de l'épilepsie.

Ainsi, les réalités scolaires ont-elles ici été utilisées au service du système défensif composé de clivage et de projection. Ce système fut réveillé chez des personnalités prédisposées par la persécution qui a été ressentie par les parents lors de notre indisponibilité, vécue par eux comme un abandon et un rejet. Ceci fut donc déplacé de notre relation aux parents à la leur avec Célia qu'ils désirent alors placer. Il est aussi important de noter la prise de distance du père qui peut être interrogée

comme étant la manifestation de sa méfiance et de sa projection. Notre prise de distance qui a suivi ne peut donc être vécue que comme une réponse à la sienne et enclencher le système persécuté-persécuteur. Mais, ceci n'explique pas complètement l'utilisation de ces mécanismes de défenses. Nous avons été amenés à penser que c'est notre culpabilité liée à cette prise de distance, à notre non-disponibilité qui a été le point d'ancrage du passage à l'acte des parents. En effet, notre départ quand il est bien accepté par nous-même a rarement entraîné de telles conséquences. Nous reparlerons plus loin du couple culpabilisé dans le contre-transfert du thérapeute - passage à l'acte de l'enfant ou des parents -. Ce cas nous a donc permis de voir comment l'utilisation de la réalité scolaire pouvait à certains moments être comprise non pas seulement comme une inquiétude liée à cette réalité, ou comme une défense de "parents qui ne comprennent rien au travail du thérapeute" mais plutôt comme un acting out dans les dynamiques transférentielles et contre-transférentielles de l'enfant, du thérapeute et des parents.

Nous verrons plus loin dans le cas de Prosper que l'introduction des problèmes scolaires s'inscrivait là encore dans la dynamique transférentielle bien que l'orientation soit un problème très réel qui amena le changement de classe. C'est, en effet, après deux années consécutives de séances hebdomadaires de psychothérapie que ce problème se posa dans le cadre scolaire de façon très déterminée. Les parents très inquiets voulurent m'en parler et me donner à cette occasion la toute-puissance exécutive. C'est par l'abord de leur tendance à attendre de moi la prise en charge de toutes leurs difficultés personnelles qu'ils peuvent se réinvestir dans un rôle parental et trouver une solution pour Prosper qui tient compte de la nécessité à poursuivre le traitement et de leur désir de ne pas sortir leur enfant du circuit scolaire normal. Ce faisant, ils témoignaient de leur propre évolution quant à la

capacité à vivre avec moins de culpabilité la relation avec leur fils qui était principalement marquée par l'obligation de leur désir de réparation et par le sentiment d'insuffisance de leur action réparatrice. Là encore, notre propre désir de leur redonner une fonction parentale s'inscrivait dans la même dynamique réparatrice à leur égard que celle qu'ils pouvaient vivre vis à vis de Prosper.

Nous avons donc souligné l'importance de garder une certaine parcimonie dans les domaines éducatifs et pédagogiques. Mais, il n'est point possible de considérer cela seulement comme un aspect technique à respecter pour qu'une thérapie se déroule bien. Nous espérons avoir pu traduire à travers les cas cliniques présentés l'importance que nous avons accordée à la compréhension des processus transférentiels en jeu contenus et - ou - contenant les éléments de réalité apportés. C'est d'ailleurs sur ces processus transférentiels que nous nous pencherons dans l'étude de l'aménagement de la relation Parent-Enfant-Tiers et dans la suite de ce travail.

oooOooo

/C/ PLACE DES PARENTS DANS LE PROCESSUS THERAPEUTIQUE

ooooooooooooooooooooooooooooo * ooooooooooooooooooooooooooooo

Dès les premières consultations, nous notons une fonction que semble remplir le fait de venir voir le spécialiste. C'est cette fonction cathartique de la rencontre qui permet d'obtenir une abréaction de la situation angoissante. Ainsi, en favorisant la diminution de la tension interindividuelle existant à l'intérieur de la famille, nous permettons une augmentation du seuil de tolérance, condition parfois obligatoire pour qu'une décision de soin ait le temps d'être formulée et proposée par les parents et le thérapeute. La mise en oeuvre du processus thérapeutique se base souvent à la fois sur cette fonction cathartique et sur un minimum d'élaboration interprétative, ce que F. DOLTO appelle "l'effet de rencontre" (Le cas Dominique).

Cet effet de "dédramatisation" - comme il est à la mode de dire - ne peut être tenu en compte qu'au début des rencontres. Rapidement, les dimensions transférentielles deviennent dominantes et c'est le travail fait avec et sur celles-ci qui oriente la relation Parent-Enfant-Tiers.

La relation parents-thérapeute va ainsi favoriser une identification de ceux-là à celui-ci. Cette possibilité de trouver en le thérapeute un idéal du Moi, les remaniements économiques que le traitement de leur enfant va entraîner chez eux, ainsi que la reviviscence de certains fantasmes composant leur transfert et contre-transfert à l'égard du thérapeute, appelleront d'autres formes

d'interventions qui nous ont apparu avoir deux buts complémentaires :

- . Un but narcissique, c'est à dire permettre aux parents le réinvestissement d'une imago parentale bonne en leur laissant la responsabilité de l'éducation ;

- . Un but d'élaboration dans la mesure où il nous est possible de leur permettre de mieux percevoir ce qui se passe chez leur enfant, dans un mouvement d'identification en référence à leur propre enfance.

Nous avons déjà souligné la valeur narcissique pour des parents de pouvoir se réinvestir dans le rôle éducatif. Parfois, ce but peut aussi être une conséquence du rôle thérapeutique qu'ils peuvent avoir.

C'est par cette utilisation des parents comme agent thérapeutique que nous allons aborder cette réflexion. Puis, nous verrons quelles réactions peuvent être vécues face à "l'intimité" (D.W. WINNICOTT, "La consultation thérapeutique") thérapeute-enfant et quelles réponses le thérapeute pourra donner aux angoisses et fantasmes liés à cette relation privilégiée. Enfin, nous porterons notre intérêt sur l'utilisation par l'enfant lui-même des dynamiques transférentielles parents-thérapeute. Les deux derniers points seront traités par l'intermédiaire de différents cas cliniques et plus particulièrement dans l'étude de la thérapie de Prosper.

I . LES PARENTS COMME AGENTS THERAPEUTIQUES

C'est bien sûr la modification des hypothèses pathogéniques ou la non-adhésion à des conceptions causales simples qui permet de comprendre les positions de S. FREUD quant à la thérapie de Hans, exécutée par le père de ce dernier. On retrouve une pratique semblable par l'utilisation des parents comme agents

thérapeutiques chez D.W. WINNICOTT.

Par exemple, nous pouvons rappeler le cas de Milton qui put être aidé par ses parents après une consultation. Nous pouvons aussi rappeler l'exemple, souvent rapporté par le même auteur, de Cécil. Ses parents très désireux de venir en aide eux-même à leur enfant, pour y parvenir, sollicitait une aide personnelle. Pour Peter, autre cas rapporté dans "la consultation thérapeutique", l'auteur précise que le travail essentiel fut fait par les parents : "on lui a donné la possibilité d'utiliser son foyer comme un hôpital psychiatrique. Après une année environ, il s'est remis de cet état psychique anormal grâce au traitement accompli par la mère et la famille toute entière... Mon rôle essentiel a consisté à dire : ce garçon est malade".

Cette possibilité d'utilisation de l'environnement remet donc en cause des idéologies génétiques rigides mais appelle quelques nuances. Certes, notre travail de psychiatrie infantile nous confronte-t-il très souvent à des conditions où un traitement prolongé et régulier n'est pas possible (éloignement important des lieux de soins par exemple). D'autre part, la pénurie en personnel qualifié ainsi que la finalité que l'on peut donner à notre travail - si elle correspond à aider la reprise d'un développement psycho-affectif à un être au psychisme non encore très structuré - nous amène à accepter avec D.W. WINNICOTT qu' "il faut avoir pour slogan : quel est le minimum à faire en clinique ?". Si ce slogan doit être présent dans notre choix thérapeutique, il ne peut plus se poser lors d'une thérapie amorcée. En fait, quand il se pose c'est en terme d'arrêt de traitement et c'est par l'interprétation de ce désir transférentiel du thérapeute que l'on pourra ne pas mettre fin prématurément à la thérapie. Il est certain, ainsi que le souligne A. FREUD ("La terminaison d'une analyse d'enfant") "que s'il est des enfants que nous gardons trop longtemps en

traitement, on ne peut comparer leur nombre avec celui des enfants que nous ne traitons pas assez longtemps".

Les méthodes présentées par D.W. WINNICOTT apparaissent très différentes des psychothérapies analytiques ou des psychanalyses, en ce que les processus thérapeutiques utilisés ne travaillent pas de la même façon sur le transfert et sur l'environnement. C'est bien ce qu'exprime D.W. WINNICOTT quand il précise dans "Processus de maturation chez l'enfant" : "si notre but continue d'être la verbalisation de la conscience qui s'éveille en fonction du transfert, c'est bien de pratiques psychanalytiques qu'il s'agit. Sinon, nous sommes des analystes pratiquant quelque chose que nous jugeons approprié à la situation. Et pourquoi pas ?". C'est donc dans un choix entre un abord psychanalytique de l'enfant ou psychosocial de la famille que le cas de Lily est abordé par cet auteur ("La consultation thérapeutique") et que certaines situations se posent à nous lors des premiers entretiens. Mais, répétons le encore, c'est un choix réel quand nous devons proposer une réponse à une demande de soins, alors que c'est une expression symbolique de la dynamique interindividuelle quand cela se pose au cours d'un processus thérapeutique, donc transférentiel.

Ceci nous apparaît d'autant plus important que nous avons souvent été confrontés aux désirs de thérapeutes de modifier le type de traitement engagé. Ainsi, apparaît-il après quelques mois de traitement que tel enfant "serait beaucoup plus à l'aise dans un groupe", "ne peut plus rien attendre de cette méthode", voire même, ce qui est très explicite, "devrait être adressé à un autre thérapeute", témoin de la dépression du soignant projetant sur un autre personnage, un autre lieu, une autre méthode, son idéal du Moi thérapeutique.

Mais, comment peut-on concevoir l'amélioration d'un

enfant quand le travail principal semble être fait par les parents ? Aussi bien que pour les cas rapportés par D.W. WINNICOTT que pour Hans, il nous est apparu qu'il existait un transfert très important des parents sur le thérapeute. C'est sur ce transfert que le travail semble reposer sans toutefois qu'il puisse être analysé. Dans le cadre de cette dynamique transférentielle, les parents semblent prêts à des mouvements internes pouvant modifier un système relationnel trop handicapant. Mais, est-ce possible quand la relation parent-enfant se fige par l'utilisation de mécanismes de défense indispensables aux psychismes tant des parents que de l'enfant ?

En fait, l'utilisation des parents à des fins thérapeutiques semble tout à fait possible et repose sur les dynamiques inconscientes des différents sujets en présence. C'est dans la mesure où un transfert avec une grande confiance peut être rapidement établi que l'enfant et les parents pourront l'utiliser pour ne plus se retrouver dans des dynamiques duelles aliénantes et où en référence au tiers thérapeute (cf lettres des parents envoyées à D.W. WINNICOTT ainsi qu'à S. FREUD) des défenses pourront être abandonnées ou réduites quant à leur utilisation énergétiques. D.W. WINNICOTT note à plusieurs reprises la nécessité de conditions qu'il estime positives à ce type de thérapies : "j'insiste sur le besoin d'avoir affaire à des figures parentales sensibles que l'on peut mettre au courant de la situation et qui seront capables de donner leur avis sur les mesures à prendre".

Parlant en termes de choix d'abord thérapeutique, il signale que "les meilleures indications sont celles des enfants dont les parents m'ont accordé leur confiance avant l'entretien".

C'est ainsi qu' "un cercle bénéfique s'instaurera qui exercera une action favorable sur la symptomatologie de l'enfant" ("La consultation thérapeutique"). C'est donc surtout sur la capacité

de certains parents à comprendre ce qui est douloureux pour leur enfant et d'établir avec un thérapeute une relation privilégiée leur servant de référence que des aménagements des vécus interrelationnels vont permettre une baisse des tensions et un rapport transactionnel moins défensif. Ceci entre dans l'optique de l'auteur quant au "minimum à faire" et quant à l'importance de favoriser la reprise du processus de développement. "Chaque fois qu'il est possible de les utiliser, ils peuvent travailler avec une grande économie" (D.W. WINNICOTT : "La ficelle : un aspect technique de la communication"). Nous voyons assez nettement que ces méthodes ne visent pas la levée des fixations ou la reviviscence à travers le transfert. Mais, l'auteur cherche en montrant à quel moment l'enfant a vécu des difficultés comment enfant et parents ont été amenés à se répondre de façon insatisfaisante. Ainsi, il s'appuie le plus souvent sur la possibilité de certains parents de modifier leur mode relationnel et d'être thérapeutiques par la régression qu'ils permettront à leur enfant. C'est ainsi que l'auteur définit la thérapie de Cécil quand il la rapporte dans "De la pédiatrie à la psychanalyse" où il intitule cette histoire clinique "De la régression considérée comme une thérapie".

Enfin, il insiste encore dans l'article "La ficelle : un aspect technique de la communication" sur l'effet secondaire, très important pour l'avenir de leur relation, de l'intervention des parents : "le fait qu'ils avaient sorti leur garçon de cette maladie leur avait donné confiance ; ces parents se sentaient capables de faire face, dorénavant, aux autres difficultés qui surgissent de temps à autre".

On trouve des pratiques du même type chez certains membres de l'école de A. FREUD. Ainsi, Erna FURMAN préconise une telle approche chez des enfants ayant moins de cinq ans (Treatment of under-five by way of their parents). Elle insiste sur le fait que

la mère est dans une situation de comprendre et d'influencer son enfant, pendant les cinq premières années de sa vie, d'une façon telle qu'elle ne pourra jamais réobtenir.

Pour cette utilisation des parents, elle envisage trois méthodes :

- . Donner des conseils en fonction des méthodes éducatives et donner des explications intellectuelles sur les besoins émotionnels de l'enfant et sur les différentes phases du développement ;

- . Traiter la mère pour obtenir une modification de sa personnalité ;

- . Garder comme but principal du travail, l'enfant et permettre à la mère de comprendre les sentiments de son enfant et de répondre à ses difficultés. Ceci est fait alors par un travail sur les défenses de la mère. Seule l'interaction est abordée sans que les conflits fondamentaux de la mère soient modifiés.

En conclusion, elle affirme que de nombreuses mères sont capables de coopérer de cette façon et elle insiste sur la grande satisfaction que de telles mères obtiennent en aidant elles-mêmes leur enfant et en établissant avec lui une relation sur les bases de leur compréhension plus profonde.

Nous voudrions terminer ces quelques notes sur la capacité thérapeutique des parents en soulignant les raisons de l'absence de cas cliniques personnels pouvant illustrer ce mode d'abord. D'aucun pourrait penser qu'il est aisé d'engager des thérapies de ce genre et que le principe d'économie - pour le thérapeute - n'est point à négliger. L'expérience nous a amené à penser le contraire et à reconnaître, comme une des difficultés majeures, l'évaluation de la capacité de tels parents à mener un processus thérapeutique. Paradoxalement - mais, le paradoxe n'est-il pas que

superficiel ? - nous pensons que pour le thérapeute débutant, il est plus aisé de travailler dans un cadre défini, établi dès le début, que de chercher des aménagements à ce cadre. Le risque de trop rapidement glisser vers ces aménagements psychothérapiques n'est-il pas de perdre de vue le rôle de soignant et de se retrouver dans des processus relationnels - peut-être satisfaisants - mais qui n'auraient plus rien de thérapeutiques.

II . LES PARENTS FACE A LA RELATION ENFANT-THERAPEUTE : REACTIONS ET REPONSES

Le second point de cette réflexion consiste à étudier quelles dynamiques vont vivre les parents même les plus favorables consciemment au traitement de leur enfant, eu égard de cette relation fortement investie, de cette "intimité" entre leur enfant et le psychothérapeute. Nous avons déjà noté qu'une confiance c'est à dire un minimum de transfert positif était nécessaire pour qu'ils puissent supporter les exigences et les aléas de traitements longs, aux effets parfois peu visibles rapidement sur le plan symptomatique, et qui peuvent, au contraire, nécessiter certaines régressions, certaines apparitions de symptômes au cours de leur déroulement. Comment cette confiance peut-elle s'élaborer et se maintenir tout au long de la thérapie et plus précisément de quelle aide vont pouvoir bénéficier les parents qui leur permette une certaine élaboration personnelle et un équilibre plus régulier dans leurs vécus transférentiels positifs et négatifs vis à vis du traitement et du thérapeute ?

Dès les premières consultations, cette ambivalence quant à la thérapie est percevable. Combien de parents ne nous affirment-ils pas : "vous ne pourrez pas le (ou la) faire parler", "vous n'en tirerez rien". Ceci nous est apparu d'autant plus important que la relation de l'enfant à un parent est plus anaclitique,

c'est à dire que la présence d'un parent est nécessaire à l'enfant pour supporter ses angoisses face à l'étranger. Dans ces cas, nous sommes amenés à débiter le traitement de façon "atypique" en acceptant la présence de la mère. Ceci n'est pas sans rappeler le cas de Ruth, traitée par M. KLEIN qui dû commencer le traitement avec la demi-soeur de Ruth présente, celle-ci répétant à plusieurs reprises qu'il ne serait pas possible de traiter sa soeur. C'est aussi le cas de Carinne (R. DIATKINE, J. SIMON) qui ne pût se séparer de sa mère, au début de la psychanalyse. Tous ces auteurs insistent sur l'aspect exceptionnel de l'emploi de telles méthodes. Toutefois, nous avons du aborder certains enfants de cette façon étant donnée leur difficulté à se représenter et à supporter l'absence d'un parent.

C'est le cas de Landry, cinq ans, déjà mentionné plus haut. Dès les premiers entretiens, il n'accepte pas de venir seul. Mme V. nous l'amène, poussée par l'institutrice, pour troubles du langage. Il nous apparaît être en difficulté dans l'élaboration d'une séparation, individuation d'avec sa mère. Pendant les entretiens, il semble pouvoir se consacrer complètement à sa relation avec moi et à ses dessins. Ce n'est que très rarement qu'il s'adresse à sa mère ou la regarde. Ce qui nous frappe c'est cette nécessité d'être très proche des objets d'investissement. Très intéressé par notre relation, il me parle toujours en chuchotant et nous oblige à nous tenir très près l'un de l'autre. De même, ses dessins représentent souvent des trains ou des camions avec des remorques où les différentes parties sont accolées par un côté et non point reliées par une attache. Son prénom est représenté de la même façon "Landy" et il est toujours attaché à un élément du dessin. C'après deux mois d'entretien que cette figuration va se modifier et qu'on notera l'apparition de crochets reliant les éléments du dessin, et figurant leur capacité à être autonomes. Cet enfant qui n'apparaît pas psychotique traduit ainsi toute sa difficulté

à maintenir l'intériorisation de l'objet maternel et à développer grâce à cette intériorisation réussie un espace transitionnel. Mais, c'est la possibilité d'introduire un tiers qui se joue pendant les entretiens à partir de la diminution des angoisses d'abandon, vécues semble-t-il en regard des tendances dépressives de la mère.

Certes, cette situation amène des remarques. Comme le signalent R. DIATKINE et J. SIMON "donner des interprétations devant une mère (ou un père), c'est donner ces interprétations à cette mère ou ce père". Ceci peut renforcer chez eux des réactions très ambivalentes suite aux interprétations ressenties comme "sauvages". Cette méthode n'est donc possible que dans une dynamique transférentielle parent-thérapeute très positive. "En réalité, c'est l'attitude profonde, consciente et inconsciente, du psychanalyste à l'égard de ce témoin, qui lui donne, dans les cas heureux, le tact nécessaire et lui fait trouver les paroles qui conviennent" (R. DIATKINE, J. SIMON).

Ainsi dans le cas de Landry, il était très difficile à cette mère d'accepter une distanciation d'avec son enfant : "il ne voudra pas rester seul avec vous". Sa culpabilité la poussait à être très proche de Landry et à enclencher des processus de réparation qui de façon répétitive se sont interrompus. Notre intervention perçue comme ayant le but d'introduire un écart dans leur relation fut donc arrêtée par la mère dès que son fils en manifesta le désir manifeste.

Ainsi, toutes les résistances en jeu dans les premiers contacts ont-elles la fonction de compenser la blessure narcissique en rapport avec l'existence de troubles et la nécessité du recours au thérapeute. L'absence de communication établie entre le thérapeute et l'enfant est à ce niveau une satisfaction pour

les parents : "vous n'y arriverez pas vous non plus". Parfois, cette réassurance ne peut être obtenue autrement qu'en réalisant le désir inconscient d'échec du traitement.

C'est dans cette perspective que nous avons été amenés à rencontrer et à écouter les parents des enfants pour lesquels des soins s'avèraient nécessaires. Ceci dans le but de diminuer les malentendus et de confronter les désirs des parents, du thérapeute et de l'enfant. C'est dans la mesure où cela est possible que l'enfant ne se trouve pas d'office noyé dans un noeud conflictuel.

Nous avons plus haut rapporté le cas de Raynier où la décision de thérapie prise par la mère était l'enjeu d'une relation d'opposition entre les deux parents. L'enfant se trouvait "coincé" et le montrait par son attitude répétitive de refus.

Une situation analogue fut vécue par Placide, cinq ans, placé en institution pour recueillis temporaires chaque fois que ses parents ne supportaient plus sa présence. Enurétique, encoprésique, il nous est envoyé par l'institution. Une consultation est prévue avec les parents qui semblent tout à fait paniqués par cet enfant. Ils passent par des phases de mise à distance importantes et d'autres de symbiose totale. Des consultations régulières sont mises en place pour les parents. Leur ambivalence à notre égard s'exprime alors de façon indirecte, l'agressivité étant projetée sur les monitrices s'occupant de Placide. Celui-ci reproduisant son système relationnel habituel, est l'objet de mouvements agressifs qui sont alors adressés envers les parents. Un véritable combat s'organise entre l'institution et les parents où la propriété de l'enfant et l'étiquette de bon milieu est revendiquée. Les passages à l'acte deviennent nombreux et c'est le fait d'accompagner l'enfant à sa thérapie qui devient le lieu des

échanges conflictuels. Dans ces conditions, le processus thérapeutique envisagé avec les parents et l'institution dût être abandonné.

De façon encore plus nette, se présente la situation de Noé, douze ans. Il nous est adressé par son institutrice pour difficultés d'orthographe et de lecture. Nous envoyons une convocation à la famille de Noé. Celui-ci se présente seul à notre consultation avec un air de défi "tout va bien". Je lui propose de le rencontrer à nouveau avec ses parents pour envisager une aide orthophonique ou une relation psychothérapique. Il accepte, demandant d'excuser ses parents, étant donnés leur travail et leur impossibilité à venir à l'horaire proposé. C'est ainsi qu'il va venir régulièrement témoignant de l'intérêt qu'il porte à ces rencontres, par sa régularité et son avance habituelle. Toutefois, pendant les entretiens, il est très réservé et ne dessine qu'avec des modèles. C'est une rigidité défensive très puissante qu'il présente, ne laissant apercevoir que rarement sa souffrance lorsque nous abordons sa vie en famille. Parfois, il apparaît très en colère (dessine un bonhomme furieux qui tape du poing sur la table). Nous continuons d'un commun accord avec lui à solliciter une consultation avec les parents. Aucune utilisation du transfert n'apparaît possible et Noé semble renforcer et aménager ses défenses de manière à mieux tenir à distance ce qui pourrait réveiller ses angoisses. Notre relation est donc orientée par lui sur les élaborations de son Moi et sur la recherche d'un renforcement de son narcissisme (il fait des tableaux et a pu les exposer à l'école).

Après deux mois et demi de rencontres avec Noé, le père de celui-ci vient à un rendez-vous que nous lui avons expressément donné. Il se montre très occupé par ses difficultés personnelles, luttant continuellement contre sa dépression et celle de

sa femme. Ce père, mis en invalidité partielle après un accident du travail, ne supporte pas cette situation intermédiaire. Ancien champion de France, il ne peut plus que suivre ses deux fils aînés dans leurs tournées sportives. Noé, troisième garçon, ne répondant pas à ses espoirs sportifs, semble lui rappeler son handicap. D'autre part, il développe des mécanismes projectifs de revendication pour obtenir une invalidité totale, incriminant la justice, l'Agence Nationale pour l'Emploi, la société toute entière.

En ce qui concerne Noé : "il fait ce qu'il veut pourvu qu'il nous foute la paix", telle est la phrase représentant le discours du père tenu devant nous. "S'il n'y arrive pas, c'est soit qu'il est bête et il n'y a rien à faire, soit que les maîtresses sont des incapables". Mais, c'est de ses deux "champions" qu'il désire parler ! Notre rôle ? Une béquille de l'éducation nationale incapable, dit le père. Nous essayons de rapprocher toutes les difficultés des parents et celles de Noé, abordant les souffrances vécues par chacun d'eux. Ceci nous semblait pouvoir, par une identification du père à son fils, permettre une interrogation dans un mouvement dépressif. Le père l'aborde en signalant que pour lui "cela ne tourne pas toujours très bien là-dedans", accompagnant ces propos de momogestualité.

Aucune demande de soins n'en ressort toutefois et les mécanismes de défenses réapparaissent rapidement : "faites ce que vous voulez" répond-il à notre questionnement sur l'aide possible pour son fils. Devant ces défenses projectives majeures et l'absence d'investissement de la thérapie, il nous apparut difficile d'amorcer un processus thérapeutique avec Noé. Des rencontres régulières et espacées furent donc prévues sur sa demande. Il sembla trouver ainsi un lieu d'écoute, de disponibilité à son égard et c'est surtout par l'effet cathartique et narcissique de "ses" entretiens qu'il pût être aidé plutôt que soigné.

C'est donc bien les désirs des personnes s'occupant de l'enfant qui doivent s'exprimer et être écoutés pour essayer de verbaliser la tendance aux malentendus ; c'est cette lutte de désirs que traduit cette parole d'une mère "c'est ainsi que doit être mon enfant, il ne me plaît pas que vous le vouliez autrement". Entreprendre le traitement d'un enfant ne peut donc se faire sans l'espérance que les parents modifient certaines de leurs positions à son égard. Si comme l'affirme M. MANNONI "une psychanalyse de l'enfant n'oblige pas les parents à mettre pour autant en question leur vie propre", nous pensons avec elle que "l'évolution de l'un n'est possible que si elle peut être acceptée par l'autre" (M. MANNONI : "Le premier rendez-vous avec le psychanalyste"). Ainsi, si dans un certain nombre de cas la thérapie de l'enfant peut amener les parents à percevoir seuls, à comprendre inconsciemment ce qui se joue pour eux et pour leur enfant, dans un nombre peut-être plus important, il est nécessaire d'aider les parents à vivre la modification de la relation à leur enfant et à utiliser positivement pour eux ce que cette thérapie peut mobiliser à l'intérieur d'eux. Déjà S. FREUD dans les "Nouvelles conférences" indiquait que les difficultés rencontrées dans les thérapies d'enfant pouvaient être dues aux parents et il préconisait une action analytique sur ceux-ci : "les résistances intérieures contre lesquelles nous luttons chez les adultes sont, chez les enfants, remplacées par des difficultés extérieures. Quand les parents se trouvent être la cause de cette résistance, l'objectif de l'analyse, sinon l'analyse elle-même, est menacé ; c'est pour quoi il convient, quand on analyse l'enfant, d'agir analytiquement, en même temps, sur les parents". Et nous compléterons ceci par cette citation de M. MANNONI "l'enfant ne peut être isolé artificiellement d'un certain contexte familial, il nous faut au départ compter avec les parents, leur résistance et la nôtre" ("L'enfant, "sa maladie" et les autres).

Ceci souligne l'importance d'une écoute des parents, certes, mais aussi de nos propres résistances, de ce qui en nous tend à empêcher la rupture du continuuel roulement du principe de répétition et donc du chant des sirènes de l'instinct de mort.

Plus que de chercher des techniques permettant d'intervenir sur les parents, nous pensons que des modifications profondes ont lieu à l'intérieur des parents de l'enfant et du thérapeute dans l'élaboration d'un processus thérapeutique. C'est dans la mesure où les éléments transférentiels en rapport avec l'enfant pourront être utilisés et analysés qu'un cheminement va s'effectuer. Ce sera le but du chapitre suivant que d'éclairer ces évolutions intérieures, et ceci à partir de ces cliniques.

oooOooo

CHAPITRE IV

D' UN CHEMINEMENT

*"Il faut porter encore en soi
un chaos pour pouvoir mettre
au monde une étoile dansante^{pp}."*

NIETZSCHE

C'est peut-être face à l'enfant psychotique ou autistique que nous avons pu le plus vivre cet appel à ne rien changer aux modes relationnels élaborés en famille ainsi que la nécessité de travailler de ce fait pendant un temps très long à l'élaboration d'un processus thérapeutique. Ce temps très long nous est apparu nécessaire pour que les parents modifient doucement leurs mécanismes en jeu mais aussi pour que nous puissions personnellement être à même de devenir thérapeutiques. Ceci signifie dans ce cas que notre investissement de l'enfant requiert une élaboration suffisante pour que notre sensibilité à ce que l'enfant apporte et induit dans notre relation soit possible.

Nous allons rapporter l'histoire de Célia - déjà abordée précédemment - pour illustrer la nécessité pour certains parents d'une longue élaboration avant de formuler une demande de soin. Puis nous verrons comment l'aide apportée à Mme M. a permis l'approche thérapeutique de Marie-Cécile. A travers ce cas ainsi qu'à partir de l'histoire d'Emeric, c'est respectivement le cheminement vers un processus thérapeutique d'une équipe et de nous-même en tant que thérapeute que nous soulignerons.

/A/

C E L I A

ooooo * ooooo

OU

DE L'EVOLUTION DES PARENTS

ooooooooooooooooo * ooooooooooooooooo

Célia est une enfant de cinq ans quand nous la rencontrons pour la première fois. En tant que membres de l'équipe de pédopsychiatrie, nous assurons alors un rôle consultatif dans un service de pédiatrie. Célia nous fut donc présentée par les pédiatres dans une grande inquiétude et avec un diagnostic d'autisme avec épilepsie concomitante. Très effrayée par les contacts avec les médecins, elle s'enfermait dans un mutisme profond dès qu'elle les voyait. L'équipe infirmière nous décrivit au contraire une enfant très animée, jouant énormément avec les autres enfants du service. Quand nous la rencontrons dans la salle de jeu, elle nous introduit tout de suite dans une de ses constructions étranges. Elle très occupée avec deux petits animaux en peluche, qu'elle a apportée de chez elle et qu'elle ne quitte jamais. Ce sont ces animaux qui semblent en fait vivre dans les mains de Célia. En une demi-heure passée avec elle, il leur arrive maintes histoires ayant comme thème principal la vie à la maison, mais dont la retraduction est impossible étant donnée la difficulté pour nous de garder et reproduire un monde si étrange, si illogique à nos yeux, si déroutant à tout instant. Nous annonçons ensuite notre désir de rencontrer la mère de Célia.

C'est une femme paniquée que nous voyons devant nous et à qui nous proposons plusieurs entretiens. Cette femme est en plein désarroi, vivant un état d'angoisse majeur. Son mode relationnel pendant les consultations s'établit autour d'une tendance intense

à s'appuyer totalement sur nous pour reconstruire rapidement une distance dans un mouvement phobique. Cette dynamique avait comme conséquence de nous inquiéter et nous restions très circonspect quant à l'avenir de notre relation. Nous abordons avec elle la nécessité de mieux connaître Célia et de la soigner et lui proposons de nous revoir sur un centre médico-psychologique dans le but d'envisager des soins. C'est une cascade de bonnes raisons qu'elle nous donne pour expliquer la difficulté d'un tel projet dès qu'il s'agit de fixer un jour et une heure. Nous lui donnons adresse et numéro de téléphone du centre. Plusieurs mois se sont écoulés depuis nos entretiens quand Mme M. reprend contact avec notre service. Mme M. est reçue par l'équipe médico-soignante et est très effrayée de cette rencontre pensant pouvoir s'adresser directement à nous. Elle exprime brièvement qu'il ne sera guère possible de voir Célia régulièrement étant donnée la distance entre le centre et leur habitation. Il lui est conseillé de voir avec nous la possibilité d'établir un contrat de soin. Nous lui précisons la possibilité qu'eux, parents, ont de prendre rendez-vous. Quelques mois après, une consultation nous est demandée personnellement. S'y présentent Mr et Mme M. qui déclarent qu'ils sont prêts à envisager quelque chose avec nous. Mr M. se montre très méfiant, empêchant sa femme de parler. Celle-ci est très tentée de raconter beaucoup de choses sur elle et sur eux ; lui l'arrête, jouant le rôle de gardien du non-dit.

Nous négocions des entretiens hebdomadaires pour Célia et nous leur proposons une consultation pour eux avec nous en dehors de la rencontre de Célia avec un psychologue de l'équipe. Ils acceptent.

Ainsi, ils pourront pendant plusieurs mois nous parler de ce qui les inquiète, sans que leur anxiété envahisse l'espace thérapeutique établi entre Célia et le psychologue. D'autre part,

la possibilité pour eux de rencontrer ce dernier leur a été verbalement assurée. Ils l'ont d'ailleurs employée à plusieurs reprises. Tout ceci n'avait pas directement un but thérapeutique, mais plutôt de permettre aux parents de reconnaître la nécessité de soins pour leur enfant et surtout de pouvoir s'y préparer. En effet, la proposition faite par nous-même d'une hospitalisation en hôpital de jour avait été vivement refusée par eux et avait réveillé chez le père des défenses paranoïaques intenses "toutes les fois qu'on a fait confiance aux gens, on s'en est mordu les doigts". C'est donc surtout la sédation de leurs angoisses persécutives et phobiques qui fut recherchée à travers l'abord de leur enfance. Mme M. en parla de plus en plus librement et parfois de façon insatiable. Abandonnée à l'assistance publique à cinq ans, elle fut recueillie dans des familles nourricières dont elle garde un souvenir d'exploitation, de frustration intense. A dix-huit ans, elle recherche sa famille en faisant de longues enquêtes. Quand elle arrive à ses fins, elle se fait refuser par ses parents.

Mr M. est lui aussi très occupé à lutter contre des frustrations intenses et il projette les causes de celles-ci sur le monde extérieur. Il nous fait la liste des histoires où il "s'est fait avoir". C'est une véritable répétition de modalités relationnelles. Ceci l'a amené à couper toute relation avec sa famille et c'est donc dans un isolement complet qu'ils vivent avec leurs deux enfants (un garçon de quatre ans). Ainsi, toute leur vie est organisée pour ne pas rencontrer le reste du monde. Envisager un traitement à long terme pouvait apparaître comme une folie dans ces conditions !

C'est donc un long chemin que les parents de Célia ont du réaliser pour venir nous parler de leur souffrance. Quand les entretiens avec eux diminuèrent en fréquence et qu'on adopta de commun accord un autre rythme régulier, ils étaient à même de

parler de la nécessité de soins pour Célia et d'accepter d'attendre nos prochaines consultations, de différer l'expression de leur angoisse face à la relation établie entre leur fille et le psychologue. Ils l'amenaient de façon très régulière malgré les grandes difficultés matérielles que représentait pour eux le fait de se rendre au centre. Face à leurs personnalités, nous avons été incités à leur signaler qu'ils pouvaient s'ils le désiraient demander à nous rencontrer, ainsi que le psychologue s'occupant de Célia, même entre les rendez-vous fixés régulièrement. Ceci n'a pas été utilisé par eux mais nous a semblé les réassurer et nous réassurer, eu égard à leurs projections persécutoires, quant à notre désir éventuel de leur prendre leur enfant. Après coup, nous nous sommes interrogés sur ce qui a permis à ces parents d'accepter que des soins soient engagés avec Célia. Il nous est apparu comme très positif dans cette relation de ne pas avoir fait de démarche vers cette famille. Celle-ci semblait vivre toute approche comme une intrusion très dangereuse. Notre capacité à attendre et à accepter leurs hésitations est peut être l'élément qui leur a permis un travail intérieur de réassurance. C'est un peu dans la même lignée que la possibilité de nous rencontrer au cas où ils vivraient des moments d'angoisse intense a eu un effet de sédation quant au vécu de persécution.

Le cas suivant va nous permettre de voir que certains parents peuvent venir demander des soins pour leur enfant et que cela ne permet pas toujours d'amorcer un processus de soins rapidement.

/B/

M A R I E - C E C I L E

oooooooooooooooo * oooooooooooooooooo

OU

DE L'EVOLUTION DES SOIGNANTS

oooooooooooooooo * oooooooooooooooooo

Il aura fallu presque un an pour que Marie-Cécile accepte, en même temps que sa mère, d'engager une relation avec sa thérapeute et pour que la nécessité d'une régularité dans les séances puisse être comprise et réalisée.

Plus que l'ambivalence, c'est l'impossibilité de modifier un système relationnel marqué inexorablement par la répétition, que révèle la résistance de Mme M. au traitement de Marie-Cécile. Enfant de sept ans, elle est amenée à notre consultation par sa mère sur avis du psychologue d'un service de pédiatrie où Marie-Cécile est traitée pour absences épileptiques.

Mme M. parle tout de suite de psychothérapie et désire faire tout ce qui est possible pour aider sa fille. Le contact avec Marie-Cécile est impossible quand la mère et l'enfant sont ensemble. Celle-ci se réfugie à différentes reprises sur les genoux de sa mère têtant une partie de ses vêtements ou cherchant à lui ouvrir son manteau ou son corsage pour que le corps à corps soit plus intense. Cette position très régressive de Marie-Cécile semblait être vécue de façon très distante par Mme M. qui ne pouvait pas répondre affectueusement et essayait d'empêcher Marie-Cécile d'aller trop loin dans sa recherche d'un mode relationnel symbiotique.

Marie-Cécile fut ensuite reçue pour une journée d'accueil par une partie de notre équipe. Cette journée était née de

la difficulté ressentie face à certains enfants quant à notre investissement. En apprenant à les mieux connaître, pensait-on, des liens pourraient s'établir entre tel enfant et tel membre de l'équipe. Ceci devait déboucher sur une relation régulière avec l'enfant et un contrat de soins élaboré si possible avec les parents. La possibilité acquise ultérieurement de recevoir les enfants à l'hôpital de jour d'un service de pédopsychiatrie a supprimé ce mode d'approche.

C'est donc une dynamique d'inertie qui caractérisa la réaction des personnes présentes à la consultation. Evoquée avec un intérêt évident, Marie-Cécile induisait que l'on ne s'occupe pas d'elle, tellement ce qu'elle pouvait éveiller en nous semblait détruire tout désir à son égard. La mort qu'elle pouvait faire ressentir à chacun dans son contre-transfert, était aussi renforcée par la mère de Marie-Cécile et par son histoire anamnestique.

Mme M., en effet, se présentait très dépressive et entièrement refermée sur elle-même. Certes, elle entrait en relation avec nous mais la monotonie, la monocordie de ses paroles pouvaient aller jusqu'à nous endormir et ainsi faire cesser toute possibilité de conflit à l'intérieur de nous-même et entre elle et nous. Là aussi, nous étions donc amenés à accepter la dynamique symbiotique mère-enfant dans sa réalité sans plus chercher à savoir si ce système relationnel pouvait être progressivement modifié par la thérapie de Marie-Cécile.

L'histoire et la maladie de Marie-Cécile abondait dans ce sens également. Epileptique, elle éveillait en nous en fonction tant d'un savoir que des images colportées par cette pathologie, la crainte de risques vitaux. Tour à tour, ils pouvaient être niés au profit d'une pathologie purement psychologique ou bien majorés

aux dépens de toute possibilité psychothérapique. Mais, c'est aussi un élément de l'anamnèse, racontée par la mère et Marie-Cécile, qui par son contenu manifeste avait tendance à ouvrir la rationalisation de nos vécus plus profonds. Enfant très tôt particulière aux dires de la mère, elle fut suivie d'une autre fille, les membres précédents et suivants de la fratrie étant des garçons. Cette petite soeur, en parfaite santé, fut victime d'un horrible accident : un tracteur en reculant vint l'écraser sans que le conducteur, membre de la famille, ne s'en rendît compte. Tout ceci se déroula sous les yeux de Marie-Cécile qui racontait très facilement la scène sans que des conflits y soient liés apparemment et n'entraînent un vécu d'angoisse. Cet écart entre notre propre représentation de la scène et le récit de Marie-Cécile ne faisait que nous déconcerter et creuser un fossé tel qu'il nous devenait quasiment impossible de penser pouvoir comprendre ce qu'elle vivait. En conséquence, cette réalité vint donc souvent occulter notre regard et notre écoute en favorisant l'idée que les troubles de Marie-Cécile étaient liés à sa culpabilité d'avoir réussi un désir inconscient : tuer sa petite soeur. Mme M. nous aida à suggérer cette hypothèse en construisant après coup une époque où les deux soeurs vivantes ne s'aimaient pas et où Marie-Cécile était très jalouse de sa cadette.

C'est donc après une journée passée avec Marie-Cécile pendant laquelle elle se montra très proche de certaines personnes que purent être décidées des rencontres hebdomadaires entre elle et une soignante de l'équipe. Mme M. accueillit très positivement notre proposition. Puis, c'est très rapidement qu'elle témoigna de son ambivalence en trouvant maints empêchements à sa venue au centre. A plusieurs reprises, des consultations lui furent proposées personnellement et un contrat de rencontres régulières fut passé entre elle et moi-même. Ces entretiens lui permirent, avec toujours beaucoup de réserve, d'aborder sa dépression

et la façon dont pour elle sa fille y était liée. Elle exprima son besoin intense d'avoir sa fille soit très près d'elle, soit de ne plus avoir de contact avec elle. Ce sont les demandes affectives qu'elle ne peut supporter et Marie-Cécile lui en fait continuellement ; elle ne peut y répondre et essaie dans ces moments là d'envoyer son enfant vers son père. De là, ce sont ses difficultés vis à vis des hommes qu'elle aborde. Tout dans la famille est fait par cette femme pour séparer les hommes des femmes et si Mme M. veut rapprocher sa fille de son père, c'est en disant qu' "il n'y a qu'elle qui peut me comprendre, c'est une fille ; elle est sensible comme moi".

Dans cette évolution relationnelle, il ne nous a jamais été possible de voir Mr M. qui, aux dires de sa femme, "ne s'intéresse pas à ces choses, c'est l'affaire des femmes". Certes, n'est-il pas sans importance dans la dynamique de cette personne que ce soit une thérapeute qui rencontre Marie-Cécile et un thérapeute à qui elle adresse ces paroles. Toutefois, le travail fait avec elle ne permet pas de sortir de l'ère des hypothèses et spéculations à ce sujet.

Le troisième thème abordé avec Mme M. fut celui de la mort et bien sûr de la mort de sa fille cadette. C'est peut-être à ce moment là que nous avons pu véritablement comprendre que ce que nous voulions percevoir comme étant le vécu de Marie-Cécile, représentait plus la dynamique de cette femme dépressive, culpabilisée, en deuil perpétuel et demandant à son enfant de vivre avec elle ce deuil.

Ce qui est apparu important pour la thérapie de Marie-Cécile, c'est que cette écoute proposée à la mère pendant environ un an eut comme effet de régulariser les rencontres de Marie-Cécile et de sa soignante. Ceci semble témoigner de l'élaboration progressive

que cette femme a pu faire pour accepter que sa relation à sa fille se modifie et vice et versa.

En prêtant à Marie-Cécile les émotions ressenties par nous et induites par son histoire et les personnalités de sa mère et d'elle-même, nous participions à un phénomène très fréquemment vécu dans notre travail et qui consiste à prendre pour la réalité du patient, ce que celui-ci nous fait vivre dans notre contre-transfert. Si l'écoute et l'analyse de ce contre-transfert nous permet de nous repérer face à la dynamique du patient, de la nôtre et de la rencontre de celles-ci, il ne peut être question par un mécanisme de "transpolation" de penser que notre vécu contre-transférentiel est le vécu psychique de l'autre. Si le vécu du patient induit un vécu chez le thérapeute, il nous semble qu'ils sont alors liés dans un rapport symbolique et non point d'égalité, d'équivalence.

Le néologisme "transpolation" traduit donc deux phénomènes imbriqués qui se déroulent dans un mouvement de passage entre deux individus en relation. Le premier consiste à déduire empiriquement et hardiment (extrapolation) certaines conséquences à partir des émotions ressenties dans la relation à l'autre. Le second correspond à l'introduction chez l'autre de ces conséquences qui ne correspondent pas de façon certaine à ce que ce dernier a exprimé comme émotions et donc au risque de falsifier (interpolation) celles-ci.

Il nous semble, en effet, que ce mécanisme est en jeu chaque fois, par exemple, que ressentant la séduction, l'agressivité, etc..., nous en déduisons que l'autre est séducteur ou agressif, etc... Ce mécanisme semble donc relever à la fois de l'interprétation et de la projection et trouve dans la situation thérapeutique l'origine de son déroulement dans le contre-transfert du

thérapeute.

Nous pensons que ce mécanisme est remarquablement illustré par R.D. LAING dans "Noeuds" où il montre par ses constructions, ses "impasses" que l'idée que nous nous faisons de l'autre et de son comportement, ne correspond pas nécessairement à la réalité de cet autre, ni à l'idée qu'il se fait lui-même de son propre comportement.

Il eut été très aisé à ce sujet de parler de projection ou d'identification mais quelques nuances sont à préciser. Pour cela, nous allons tenter de voir comment ce mécanisme se déroule et quels sont ses rapports avec d'autres concepts telles que la projection, l'identification projective et l'identification.

Le sens très large de projection, concept utilisé en psychologie générale, correspond assez bien à ce que nous voulons décrire. Mais, c'est une ambiguïté importante d'employer ce terme à côté de concepts psychanalytiques. En effet, la projection en psychanalyse a un sens plus précis bien que l'on puisse noter chez S. FREUD nombre d'hésitations vis à vis de ce concept. Il s'agit, en fait, d'un mécanisme de défense archaïque qui consiste à expulser, à éjecter, à rejeter de soi et à localiser dans un autre, ce qui ne peut être accepter ou admis à l'intérieur de soi, donc un quelque chose qui se rapporte au "mauvais objet" fantasmatique. Ce que nous décrivons peut être, en effet, l'expression d'une telle défense et correspondre à un refus d'une partie (affect, désir, etc) de soi. Ainsi, pouvons-nous penser que c'est l'autre qui est séducteur ou agressif pour éviter d'être confronté à notre propre désir de séduction, d'agression. Dans ce cas, la projection, mécanisme inconscient, permet au sujet de vivre son désir puisqu'il n'est alors qu'une réponse à l'autre (on connaît bien l'exemple de S. FREUD : "Je le hais" est transformé par projection en "il me hait" et donc

"je peux le haïr").

De la même façon, le terme d'identification projective pourrait aussi refléter ce que nous essayons d'appréhender. Mais, le sens très précis donné par M. KLEIN semble différent de ce que nous voulons décrire. Il s'agit d'un mécanisme de défense qui peut être utilisé en tant que mécanisme de base de la "transposition". Dans un sens littéral, identification projective pourrait convenir en ce qu'il peut être compris comme l'attribution à l'autre de quelque chose de soi-même ("Il est comme moi en ce qui concerne tel aspect de ma personnalité").

Mais, M. KLEIN précise que ce mécanisme consiste à pouvoir nuire, posséder, contrôler l'autre en projetant à l'intérieur de lui des parties de soi. Comme le précisent J. LAPLANCHE et J.B. PONTALIS, ce mécanisme est une modalité de la projection en tant qu'il correspond aussi à "un rejet à l'extérieur de ce que le sujet refuse en lui, projection du mauvais". Dans ce sens, une distinction est donc à faire entre la qualité défensive donc fonctionnelle de ces concepts et l'aspect plus phénoménologique de ce que nous définissons par "transposition".

Certes, les rapports de ce concept et de l'identification sont-ils aussi étroits. En effet, il s'agit bien de l'identification du vécu du sujet au vécu de l'autre dans un rapport de substitution. Mais, il s'agit aussi du fait que le sujet identifie l'autre à son propre vécu ce qui pourrait être traduit par le terme d'identification centrifuge ou idiopathique, opposée à l'identification centripète ou hétéropathique où le sujet s'identifie à un autre. Ainsi, la "transposition" pourrait paraître correspondre à une identification centrifuge. En fait, il semble que ce dernier concept ne tient pas compte d'un élément que nous pensons contenu par celui que nous proposons : c'est le fait que ce que

le sujet met dans l'autre par identification centripète, projection ou identification projective, lui est induit par cet autre. Dans un mouvement circulaire, le sujet va redonner à l'autre ce qu'il aura ressenti. R.D. LAING relie cette induction et projection (qu'il utilise dans le sens très général de mettre à l'extérieur de soi) sous le terme de "superposition" (La politique de la famille). Il semble que les mouvements d'aller-retour en jeu dans ce phénomène soient mieux révélés par le terme de transposition (du latin *Polareae* : "tourner"). Ce mécanisme semble donc pouvoir relever d'une identification et ainsi participer à l'empathie ; mais, il risque par les mécanismes de projection qu'il peut sous-tendre et être la traduction, de faire perdre l'approche de la réalité de l'autre par le sujet. Ceci nous apparaît très fréquent face au psychotique auquel il est habituel de prêter les sentiments, les modes de fonctionnement que nous pouvons ressentir face à lui. Mais, il nous est aussi apparu habituel dans notre abord quotidien de l'homme. Il nous importe donc en tant que thérapeute de pouvoir à tout moment savoir qu'il s'agit de notre sentiment, notre pensée en regard du patient et que cela peut lui être retransmis, si nécessaire, comme tel, et non point comme étant sa réalité. C'est la structure de notre intervention qui peut témoigner de la possibilité que nous laissons à l'autre d'être différent ou de penser être différent de ce que nous disons. Le "en disant cela, vous avez envie de m'agresser" n'a bien sûr pas la même forme que "je pense qu'en disant cela vous...". La première formule semble être celle employée dans l'hypnose et les pratiques suggestives, la seconde permet à l'autre une élaboration à la recherche de sa vérité ; d'autant qu'il peut nous arriver de nous tromper ! De plus, chez le psychotique, la première formulation entre très directement en corrélation avec ses croyances et ses angoisses quant à nos tentatives d'intrusion.

/C/

E M E R I C

OU

DE NOTRE PROPRE EVOLUTION

Pour compléter ce regard sur les difficultés qu'il y a - tant chez les personnes directement concernées (parents et enfants) par un système relationnel répétitif que chez les thérapeutes qui, portant leur écoute vers celui-ci espèrent pouvoir l'interroger - à ne pas se perdre dans le silence de la répétition, et donc celui de sa propre mort, nous allons parcourir avec Emeric les vingt mois de séances hebdomadaires auxquelles ont participé une éducatrice et nous-même.

Emeric est le cadet d'une fratrie de deux enfants (une soeur aînée sans problème particulier). Il est envoyé à notre consultation par un médecin scolaire pour retard de langage. En fait, il y a déjà longtemps que ses parents sont inquiets. A trois et quatre ans, il a été examiné dans un service de pédiatrie d'un centre hospitalo-universitaire où les bilans métabolique, audiophonique et génétique ont été faits sans aucun résultat. A l'anamnèse, on retrouve pendant la première année une hospitalisation pour bronchites, laryngites. Mme A. rapporte aussi que l'accouchement d'Emeric dut être provoqué et elle a été souvent tentée de relier cet événement aux troubles de développement de son enfant. A partir de quatre ans, Emeric resta à l'école maternelle où il fut bien accepté. Notre relation avec l'institutrice permit son maintien dans cette classe et nous pûmes ainsi continuer le traitement régulièrement jusqu'à l'ouverture d'un hôpital de jour où nous étions en mesure de poursuivre la relation établie.

Il n'est pas question de rapporter ici tout le déroulement de cette thérapie mais de porter notre attention sur les difficultés que nous avons ressenties pendant plusieurs mois tant pour nous autoriser à avoir une relation avec Emeric qui pourrait modifier celle à sa mère, que pour investir cet enfant c'est à dire dans ce cas pouvoir l'écouter, le regarder, vivre avec lui sans ressentir continuellement un malaise dans notre relation à lui.

Tout d'abord, nous tenons à préciser que nous avons rencontré la mère d'Emeric avant de commencer la thérapie et c'est après quelques mois de séances régulières pour Emeric que nous avons décidé avec Mme A. une consultation en présence de son mari. Ce qui nous a beaucoup frappé chez ces parents, c'est leur désarroi face à l'état de leur enfant. Il ne s'agissait pas de la classique "mère de psychotique" et c'est une grande inquiétude avec une tendance à nier la distorsion dans le développement d'Emeric juxtaposée à une demande très intense d'aide qui émanait de leurs personnes pendant les entretiens. Mme A. pouvait dire tout à la fois "à moi, il me parle, il est difficile à comprendre mais en famille, il parle, c'est moins grave que s'il était muet" et "on ne nous a jamais vraiment aidé, on lui a fait des examens et on nous a dit d'attendre que cela allait s'arranger". Il nous a fallu pour entrer en communication avec ces parents, ne pas nous lancer dans une recherche pathogénique tentante où un questionnement étiologique nous aurait empêché d'accepter leur anxiété. C'est donc plus tard et de façon morcelée que les informations sur la petite enfance d'Emeric et celles sur la vie propre des parents purent être recueillies.

D'autre part, les parents ont pu nous rencontrer quand ils le désiraient en prenant rendez-vous.

Ainsi, l'ambivalence que l'on pouvait de façon super-

ficielle percevoir ne s'est jamais exprimée par des séances sautées ; c'est au contraire avec une grande régularité que s'est déroulée cette thérapie ; en fait, Mme A. a pu trouver un soulagement en nous amenant Emeric et celui-ci après plusieurs mois de séances a pu investir très fortement ce moment passé avec nous.

Dès les premiers contacts, Emeric s'est présenté très effrayé, très renfermé, emmitouflé dans ses vêtements et bonnets qu'il a mis un an à pouvoir poser pendant les séances. Celles-ci se sont déroulées avec la présence de deux soignants. Nous n'étudierons pas ici la dynamique de la co-thérapie.

Le visage masqué par ses cheveux et ses lunettes, sa façon de nous regarder par la fente laissée au dessus de sa monture de lunettes, la tête inclinée vers l'avant, tout cela contribua à nous transmettre une impression bizarre faite de malaise, d'inquiétude et même de danger. La soignante participant aux séances avec nous put ressentir les mêmes sentiments et nous partageons la même appréhension. Toutefois, ce qui est rapporté ici n'implique que notre vécu personnel face à Emeric. N'ayant pas fait ce texte avec elle, ce qui suit ne l'engage nullement, même si au cours de notre collaboration, nous avons pu percevoir un certain parallélisme entre nos façons de vivre nos relations à Emeric.

Dès les premières séances, nous avons choisi de voir Emeric sans sa mère. Celle-ci accepté facilement. Elle n'attendait pas son fils dans le dispensaire, mais quittait le centre pour revenir chercher Emeric à l'heure de la fin de l'entretien. Toutefois, elle était très inquiète par rapport à cette séparation, demandant souvent quand nous lui avons proposé de voir son fils seul : "comment va-t-il prendre cela ?". A la fin de chaque séance, elle s'inquiétait de savoir si tout s'était bien passé, s'il n'avait pas pleuré. Cette difficulté nous fût transmise et la reprenant

à notre compte, nous fûmes à même de nous questionner sur la possibilité de rentrer en contact avec Emeric sans sa mère. Toutefois, nous avons décidé de prendre le temps et d'attendre.

Emeric ne supportait pas de rester avec nous dans une pièce et il avait tendance à aller visiter le centre, regarder les gens occupés à d'autres activités et surtout faisait des aller-retour vers le palier, lieu d'arrivée et de départ de sa mère. Chaque séparation semblait être une grande déchirure. C'est après quelques semaines que Emeric s'installa dans une salle donnant sur la rue par laquelle partait sa mère. Il passa ensuite plusieurs mois à la fenêtre, le corps souvent à moitié, sinon au trois-quart à l'extérieur de la pièce. Ceci n'était pas fait pour nous rassurer, d'autant que deux étages séparaient la fenêtre de la rue ! Toute cette phase fut vécue avec une grande ambivalence. Il est certain que cet enfant mystérieux, quasi silencieux avivait le désir de mieux le connaître et de réussir à le soigner (!). Mais, sa façon de refuser toute forme de communication, de sembler ne pas faire attention aux thérapeutes, donnait quelques prises à l'ambivalence.

Ainsi, son regard farouche, son désintérêt apparent, sa manière très maladroite de se mouvoir ne favorisait en rien l'envie de s'en approcher. Mais, Emeric nous a toujours apparu vivre beaucoup de choses à l'intérieur de lui et c'est l'espoir de pouvoir un peu comprendre cela qui maintînt un certain désir à son égard. Sa manière de s'exprimer par sons aigus représentant des signifiés que sa mère avait pris l'habitude de déchiffrer en partie au moins, ne fut pas non plus pour rien dans notre espoir et notre curiosité. C'était un peu comme si chez Emeric, il y avait la musique mais pas la parole. Et c'est un peu par cette constatation qu'il fut envisageable de croire à la possibilité d'une compréhension et d'une communication.

C'est donc dans une dynamique très défensive que nous attendions ou que nous essayions de l'intéresser à des jeux qui, le plus souvent, se déroulaient entre les thérapeutes sans qu'il y prenne part.

Ce qui nous a frappé assez rapidement, c'est à dire après plusieurs mois de traitement, c'est ce que la relation de Mme A. et d'Emeric pouvait induire aux personnes travaillant dans le centre et à nous-même.

Mme A. arrivait très fréquemment à l'heure exacte où bien attendait avec son fils dans la salle d'attente. Dès que nous arrivions, elle nous "donnait" ou "laissait" son fils et partait du centre. Ainsi, Emeric n'était jamais seul un instant. Le scénario se reproduisait de façon plus nette encore à la fin des séances. En effet, Emeric était au début très attentif à l'arrivée de sa mère et se précipitait dès qu'il entendait sonner. Plus tard, quand il déploya beaucoup d'énergie à manipuler les objets de la pièce et les thérapeutes, ce sont les autres membres de l'équipe qui venaient prévenir de l'arrivée de Mme A., quelque soit l'heure à laquelle celle-ci revenait, interrompant de ce fait notre relation à Emeric. Il nous est donc apparu que le trouble relationnel entre Emeric et sa mère se manifestait dans la nécessité qu'il n'y ait pas d'espace libre entre eux deux. C'est la loi du tout ou rien qui semblait fonctionner. Soit ils étaient complètement séparés physiquement et psychologiquement, soit ils devaient exclure le reste du monde dans une tentative de fusion. C'est toute l'absence d'une zone transitionnelle où l'autre aurait pu être imaginé présent et absent qui semblait ne pas pouvoir s'instaurer dans leur relation.

Un jour, un membre de l'équipe voit, par la fenêtre, arriver Mme A. et vient nous prévenir. Emeric se précipite et se

précipite et se trouve en même temps que celle-ci sur le palier. A ce moment, elle paraît ravie et dit à son fils "tu m'as sentie", témoignant d'une relation fonctionnant à partir des sens de contact et de leurs métaphores.

La compréhension de cela et le respect de l'heure eurent comme conséquence de faire attendre Mme A. et de noter l'introduction après quelques séances du jeu de la communication téléphonique dans les activités d'Emeric. On retrouve encore la difficulté de cette mère à être absente quand à la fin d'une séance, Emeric essaie de lui expliquer qu'il lui a téléphoné. Elle répond spontanément qu'elle ne l'a pas entendu mais se reprend tout de suite en affirmant qu'elle l'a bien entendu, qu'elle était derrière la porte.

Cette attente, Mme A. la supportera assez mal. Ce qu'elle nous dit alors témoigne de sa difficulté à percevoir à distance son enfant sans être proche de lui. A plusieurs reprises, elle nous signale qu'il a l'air de bien s'amuser, qu'elle entend de la salle d'attente qu'il nous parle, qu'il rit ; elle nous fait la remarque, également, qu'il ne l'attend plus depuis quelque temps.

Quant à notre relation avec Emeric, elle put se modifier graduellement et surtout à partir d'une activité dont nous avons compris le sens beaucoup plus tard. C'est aussi à partir du moment où Emeric nous a montré que nous prenions une importance pour lui, que notre regard, notre façon de le percevoir pût se modifier ; il avait, par exemple, appris quel jour il venait, sans toutefois que les repères temporels soient acquis, mais il demandait très souvent à sa mère si c'était "mardi" et avait introduit deux sons représentant les prénoms des deux thérapeutes. Les premiers termes lui attribuant certaines qualités de vie étaient employés dans nos comptes rendus des séances. Il devenait mignon,

filou, malin. C'est surtout son activité que nous signalons alors, ses capacités d'exploration et notre dynamique relationnelle concrétisée dans un "faire faire" répétitif. Nous appelons ainsi sa manière de nous donner des ordres, de nous faire dessiner, coucher, jouer à tel ou tel jeu avec ou sans lui.

Mais, voyons comment s'est déroulé le passage entre sa présence continue à la fenêtre sans prêter apparemment attention à notre existence et l'interrelation bâtie pendant quelque temps sur le "faire faire".

C'est par des jeux de ballon que nous essayions d'intéresser Emeric. Son seul geste témoignant sa connaissance de notre existence et de son refus de nous rencontrer était de repousser les ballons quand ils se glissaient sous la chaise sur laquelle il était debout. Lors d'une séance, la présence de ballons gonflables nous permit d'en faire voler un dans la pièce. A plusieurs reprises, il l'éloignait de lui d'un mouvement de bras. C'est au moment où ce ballon passa par la fenêtre et vola dans la rue qu'il se trouva très excité, poussant des cris en le regardant s'éloigner. Nous descendîmes rapidement les escaliers et rattrapâmes ce ballon. Emeric poussait des cris à la fenêtre et désirait que nous lui renvoyâmes le ballon de dehors. La hauteur rendait cela impossible et nous le remontâmes. Il attendait sur le palier très excité et un jeu d'envoi et de renvoi de ballon se déroula pendant un moment de la séance. Ensuite, il voulut garder la fenêtre ouverte pendant encore plusieurs séances mais se mit à explorer notre pièce, à jouer avec d'autres objets et à nous faire faire maintes activités. Il nous a semblé que cet aller-retour du ballon a eu un effet de grande réassurance par rapport à la nécessité dans laquelle il était d'être à moitié avec nous et à moitié dehors et de percevoir visuellement le départ et le retour de sa mère. Ceci nous renvoie pour la première

obligation aux angoisses claustrophobiques qu'il pouvait ressentir face à notre désir et donc au risque qu'il y avait pour lui de n'exister que dans ce dernier et d'en être prisonnier et pour la seconde à la difficulté d'halluciner l'absence et au besoin de percevoir réellement le départ et le retour, n'ayant pas la possibilité de l'imaginer. De plus, il est possible que notre intervention pour ne pas laisser se perdre le ballon, l'ait assuré que nous pouvions également servir de contenant à ses objets internes.

oooOooo

CHAPITRE V

PROSPER, SES PARENTS ET SON PSYCHOTHERAPEUTE

OU D'UN APPEL A LA REPARATION

*"Il n'est pas facile de lire
cette écriture avec les yeux.
Eh bien l'homme la déchiffre
avec ses plaies".*

Franz KAFKA

(*"La Colonie pénitentielle"*)

Après ce regard sur l'ambivalence des parents à l'égard du traitement de leur enfant et sur la nécessité de notre élaboration intérieure pour pouvoir devenir thérapeutique face à tel ou tel enfant, nous allons essayer de "serrer" le déroulement des relations parents-thérapeute à partir de la thérapie de Prosper. Nous essaierons donc de noter les réactions des parents, les réponses que nous avons été amenés ou que nous avons pu donner, tout au long de cette psychothérapie qui se déroule depuis deux ans et demi.

L'objet de cette étude ne nous permettra pas de rapporter tout le déroulement de la thérapie de Prosper. Celle-ci mériterait à elle seule une autre étude. Il pourrait toutefois paraître artificiel de séparer complètement les relations parents-thérapeute et enfant-thérapeute. Aussi, nous essaierons de voir comment Prosper a pu intervenir dans la relation de ses parents à son thérapeute et comment il y a réagi ou bien l'a utilisée.

Nous devons aussi signaler que pour des raisons de discrétion certains détails ne pourront être rapportés ici. Toutefois, nous respecterons toujours la structure des entretiens et de notre relation même si nous omettons ou ne faisons qu'allusion à certains éléments précis de la vie de cette famille. Il ne s'agit toutefois pas de la thérapie de Mr ou Mme B. et leur intimité personnelle n'est point l'objet de cette étude.

Prosper est l'aîné d'une soeur qui a presque cinq années de moins que lui. Il a sept ans quand il vient à la première consultation. Mme B., sa mère, de part sa profession s'occupe d'enfants, Mr B. a une activité professionnelle indépendante. Dans les antécédents familiaux, on trouve certains grand-parents vivants habitant non loin de la famille et chez qui Prosper se rend régulièrement.

Une consultation est demandée par téléphone, directement par Mme B. pour les difficultés de Prosper quant à l'acquisition de la lecture et de l'écriture.

Il nous faut signaler tout de suite que les entretiens avec les parents que nous allons rapporter ici se sont déroulés Prosper étant présent ou non. Notre attitude consistera toujours à signaler qu'une telle rencontre n'est pas à considérer comme une séance et que le but en est l'écoute des parents. Néanmoins, il fut laissé à ceux-ci et à Prosper la décision de la présence ou de l'absence de l'un d'eux. Ces parents savaient qu'ils pouvaient nous rencontrer si cela leur paraissait nécessaire, la seule condition était qu'ils prennent rendez-vous à un autre moment que celui des séances de Prosper.

PREMIER ENTRETIEN (7 octobre)

Ceci consiste en la première consultation ; Prosper est amené par son père. Ils sont reçus par un psychologue de l'équipe et

nous-même.

Mr B. apparaît très réservé, très inquiet. Il lui est difficile de parler de ses inquiétudes et il revient toujours à des réalités. Ainsi, il se trouve à l'aise d'apporter de nombreux éléments d'anamnèse traduisant chez lui une grande culpabilité et une certaine projection des causes des difficultés de Prosper sur ces réalités ou sur sa femme. Toutefois, l'aspect dépressif est dominant chez lui pendant l'entretien. Il signale que Prosper n'est pas allé à l'école maternelle, qu'il a été gardé par de nombreuses nourrices à la journée à cause du travail de sa femme. Il insiste sur la fatigue de celle-ci et l'énervement qu'elle aurait face à ses enfants. Il relie ceci à son activité se déroulant avec des enfants. Puis, il s'accuse de ne pas être assez chez lui, de trop se laisser prendre par son travail. Il montre que des changements de statut dans celui-ci l'oblige à être très peu avec ses enfants. Enfin, il parle de la soeur de Prosper et de la préférence que certains (les grand-parents) feraient pour elle qui est calme, alors que Prosper est "nerveux".

Mr B. se trouve à l'aise dès que des questions précises lui sont posées. Le silence et les remarques cherchant à indiquer que Prosper pouvait exprimer de cette façon toutes ses inquiétudes, semblaient faire apparaître chez le père des mécanismes de fuite. C'est ainsi qu'il arrive à nier l'importance des troubles de Prosper et à signaler qu'à part la lecture, tout va bien. L'entretien se termine sur la proposition de revoir Prosper seul et sa mère la semaine suivante.

Pendant cette consultation, Prosper n'intervient à aucun moment et ne s'arrête pas de passer dessus, dessous ou entre les barreaux de sa chaise. Il ne répond pas à notre demande quant à son prénom. Mr B. ne répond pas non plus à sa place et tout l'entretien se passe sans qu'il soit possible de parler à cet enfant autrement que

par "tu", Mr B. employant le "il". Ainsi, Prosper n'entrera pas de façon manifeste en relation avec nous ; toutefois, nous lui avons adressé directement certaines paroles concernant ses inquiétudes et notre possibilité de le revoir.

NOTES DU PREMIER ENTRETIEN

C'est donc une situation d'angoisse qui est apportée à la consultation et vécue dans celle-ci. A partir de là sont présentés surtout des mécanismes de défense tel que l'évitement, la fuite, la projection (sur la femme ou les grand-parents), la négation, la rationalisation. Nous pensons qu'il s'agit aussi de mécanismes de défense lorsque ce père présente en tant qu'anamnèse une suite d'événements potentiellement traumatisants pour expliquer les troubles de son enfant. Nous avons déjà signalé ce rapport entre la culpabilisation, l'autoculpabilisation, la rationalisation psychogénétique et la dynamique défensive des parents. Nous verrons plus loin que certains de ces mécanismes sont aussi très présents dans notre transfert et contre-transfert et qu'il s'agit de les reconnaître en nous, thérapeutes. Il nous faut aussi les percevoir dans la dynamique des parents pour en saisir l'importance économique et l'aspect de discours manifeste.

DEUXIEME ENTRETIEN (15 octobre)

Après un moment passé avec Prosper qui se montre très bavard, assez agité et qui reprend les paroles de son père de la semaine précédente (parents peu présents, énervement de ceux-ci), nous avons un entretien avec Mme B. ; Prosper y assiste. C'est une femme recroquevillée, enroulée dans un manteau aux couleurs ternes, apparaissant abattue et très inquiète. Ses paroles traduisent une profonde culpabilité, une dépréciation narcissique et une tendance dépressive très marquée. C'est un peu les mêmes éléments que son mari qu'elle apporte en insistant encore plus sur ses difficultés personnelles face aux enfants, à son métier et surtout face à son fils. Elle reste

très tendue et crispée, dans une attitude de défense, à l'égard d'angoisses la rongeant. Tout ceci traduit une grande fragilité quant à l'équilibre de cette femme continuellement mise en danger par l'insécurité de ses objets internes et les rapports très conflictuels de ses instances psychiques. Nous restons à son écoute et lui proposons en fin d'entretien de revoir son enfant de façon régulière chaque semaine. Ceci paraît la soulager et elle accepte très positivement.

NOTES DU DEUXIEME ENTRETIEN

La proposition de thérapie n'est pas très explicitée par nous lors de cet entretien. Il faut noter à ce sujet qu'actuellement nous avons tendance à signaler aux parents que le traitement sera long et parfois difficile pour eux aussi. Mais dans le cas de Prosper, ces précautions n'ont pas été prises. C'est au fur et à mesure de la thérapie que nous avons été amenés à soutenir l'importance qu'il y a à poursuivre le traitement et à ne pas l'interrompre devant les difficultés. Ainsi, un contrat n'a pas été décidé avec ces parents au départ et ceci permet peut-être de comprendre la nécessité de l'entretien suivant.

Nous devons aussi signaler qu'à l'issue de cet entretien, nous avons ressenti un intérêt très net pour Prosper et pour ses parents. La souffrance de Mme B., sa capacité à s'interroger et l'absence de mécanismes projectifs figés nous a fait penser qu'il nous était possible de faire un bout de chemin avec Prosper et que ceci aurait un effet secondaire sur la tension de cette famille. Il nous a semblé aussi que ces parents attendaient beaucoup de leur démarche à notre consultation mais nous ne pouvons être sûrs qu'ils nous avaient déjà donné toute leur confiance. Par contre, l'écoute que nous avons eu à leur égard semble avoir été très importante en ce qu'elle a permis chez eux de percevoir les difficultés de leur enfant comme étant d'ordre psychologique c'est à dire en liaison avec ce que Prosper pouvait

vivre à l'intérieur de lui. Ceci fut possible par un mouvement d'identification puisque ces deux parents ont apporté chacun leur mal à vivre personnel, leur "être au monde" douloureux, en venant pour les difficultés de Prosper.

TROISIEME ENTRETIEN (21 janvier)

Cet entretien a lieu sur notre demande. En effet, à l'occasion de vacances scolaires, Prosper n'est pas venu à ses séances et n'est pas revenu ensuite sans que rien n'ait été décidé avec nous. Nous sommes donc amenés à écrire un mot aux parents pour leur signaler l'importance de ce qui a été commencé et la nécessité de continuer le traitement. Nous leur proposons donc un rendez-vous. Mme B. et Prosper viennent ensemble à celui-ci. Prosper montrera à sa mère qu'il connaît les lieux, que c'est un peu chez lui ; il la guidera dans notre bureau qu'il lui fait quelque peu visiter.

Nous rappelons à Mme B. les raisons pour lesquelles Prosper a été amené ici. Nous précisons notre rôle en rapport avec la possibilité que nous leur proposons de permettre à Prosper de comprendre ce qui ne va pas bien pour lui et ainsi d'améliorer son état. Nous insistons enfin sur la nécessité d'une continuité dans la venue aux séances. Mme B. se présente d'accord avec nous de par certainement son caractère assez influençable. Ensuite, nous laissons la parole à cette femme. Elle nous pose un problème très important : les chances de réussite du traitement que nous proposons. Nous réaffirmons rapidement que nous pensons qu'il y a beaucoup à attendre d'une thérapie dans la mesure où elle est longue et continue.

Mme B. se met alors à parler de son fils, de ses difficultés scolaires, de l'inquiétude que cela leur crée à eux, parents. Puis, elle signale que l'on pourrait aussi aider son fils par des cours de rattrapage et parle de son hésitation entre une rééducation et ce que nous proposons, c'est à dire une psychothérapie. Puis, elle

revient à son inquiétude personnelle par rapport à son fils et parle d'elle-même. C'est sa dépression et sa culpabilité qu'elle a besoin d'exprimer. Ainsi, elle tient grief à ses parents de ne pas avoir été compréhensifs. Elle parle de l'époque douloureuse par rapport à ceux-ci qu'ont été ses fiançailles puis son mariage auquel ils n'étaient point présents. Dans un état qu'elle décrit comme très dépressif, elle se retrouva alors seule, son mari étant occupé par son travail. C'est surtout la description d'une grande passivité que fait Mme B. en indiquant que c'est surtout son mari qui désirait un enfant. Elle, à cette époque, ne savait pas bien si elle en voulait un tout de suite et était trop préoccupée par ses difficultés face à ses parents pour se poser ces questions. Au sujet de Prosper, elle répètera donc souvent "il est venu trop tôt, je n'étais pas capable de m'en occuper". Elle signale qu'ensuite son nouvel état de mère ne l'a pas améliorée et qu'elle a dû se faire soigner pour dépression. Après une intervention de notre part sur ces soins, elle dit que cela ne va pas très bien non plus actuellement. Elle dit ne pas être contente de l'absence de son mari, de l'obligation dans laquelle elle se trouve de garder ses deux enfants. Elle parle de Prosper comme d'un "fardeau" avec lequel elle n'a jamais su s'y prendre, aussi bien maintenant que lorsqu'il est né. Elle associe ensuite sur sa fille qui est arrivée à un "bon moment", qui est en bonne santé, avec qui elle se sent bien. Elle précisera que cette seconde naissance l'a beaucoup aidée dans sa lutte contre sa dépression. Comparant ses deux enfants, elle indique les difficultés alimentaires de Prosper dès les premiers mois.

Puis, elle revient à leur vie actuelle pour se plaindre de la présence de sa belle-mère à leur domicile depuis quelques mois. Elle la décrit comme une femme malade psychologiquement, ayant dû se séparer de son mari et étant autoritaire et brusque avec les enfants.

A la fin de l'entretien, elle parle de ce qui se passe

entre Prosper et nous et raconte un jeu de tracteurs que nous serions sensés faire ensemble. Je signale que je ne vois pas de quoi elle veut parler. Prosper rit, très content de lui. Mme B. s'aperçoit qu'il lui a raconté des fables et lui fait la remarque sur un ton très affectueux. L'entretien s'arrête là. On peut noter la grande présence de Prosper à tout ce qui se disait. Son activité exploratrice fut assez importante et il vint tourner par dessous ou dessus le fauteuil de sa mère pendant qu'elle parlait puis alla se blottir contre elle en se suçant le pouce en réponse à son discours dépressif.

NOTES DU TROISIEME ENTRETIEN

Comme nous l'avons déjà signalé, la non verbalisation du désir du thérapeute - engager un processus thérapeutique avec Prosper - a amené l'interruption des séances et l'attente des parents. Ainsi, Mme B. peut-elle parler de son ambivalence et de ses hésitations quant à la thérapie à choisir seulement après que je précise ma position à l'égard de Prosper et d'eux-même. Nous pensons qu'il est bien légitime pour des parents de s'inquiéter sur les chances d'efficacité d'un traitement et de s'interroger sur le moyen thérapeutique le plus efficace même si cette ambivalence renvoie à leurs propres dynamiques oedipiennes réactivées dans la relation parent-enfant-thérapeute. Nous ne pouvons que leur indiquer leur inquiétude et montrer ainsi que nous pouvons les comprendre, sans toutefois l'interpréter. Nous avons déjà vu que les réalités scolaires qui poussent les parents à opter pour des rééducations ne peuvent être négligées. De plus, les thérapies plus spécifiques sont plus accessibles à la compréhension des parents. A la suite de D.W. WINNICOTT, il faut ici rappeler que "les parents ignorent ce qui se passe quand nous faisons la psychothérapie de leur enfant ; ils sont enclins à ressentir le processus entier comme un mystère" (D.W. WINNICOTT : La Consultation thérapeutique). Il n'est donc pas possible de ne pas répondre aux parents qui, pensons-nous, ont le droit de savoir ce que nous faisons. Toutefois, il ne s'agit pas de raconter ce qui se passe pendant les

séances mais plutôt d'expliquer par quelques termes simples notre façon d'envisager les troubles et de les soigner. Il semble qu'ils seront mieux enclins à comprendre cela s'ils peuvent ressentir l'apport de bien être que peut entraîner une certaine verbalisation, c'est à dire l'effet cathartique de la remémoration. C'est ce qui se passe avec Mme B.. En effet, celle-ci parle de sa souffrance en rapport à son fils puis à ses propres parents après que nous ayons précisé le type de traitement que nous proposons pour Prosper. A ce sujet, il apparaît très important que le thérapeute soit assuré intérieurement de la valeur de telles approches. C'est sa conviction profonde qui permettra d'obtenir la confiance des parents grâce à un certain effet de suggestion. C'est bien par cet effet produit par nos paroles assurant la valeur des soins proposés et par l'identification des parents à leur enfant à partir de la reviviscence de souvenirs douloureux que ces parents vont pouvoir établir une confiance avec et un transfert positif sur le thérapeute de leur enfant. Les deux, confiance et transfert positif semblent bien sûr être liés. La première témoigne de la cédation de certaines inquiétudes et dépend peut-être plus de l'effet suggestif ; A. FREUD parlait à ce sujet de la notoriété du thérapeute, d'autres auteurs tels que F. DOLTO se réfère au "bon sens", aux conseils faisant appel au conscient des parents. Mais, si cette confiance est obtenue en partie par la suggestion, il ne peut être oublié que les éléments transférentiels existent quand nous employons ce type de méthodes. Il s'agit donc plutôt de la diminution des aspects négatifs du transfert sur laquelle insistent les auteurs. Elle va dépendre de l'intensité des angoisses infantiles revécues par les parents en face du thérapeute de leur enfant et de la capacité de celui-ci à supporter ces fantasmes que nous pensons être surtout liés à des angoisses de persécution. D'autre part, un transfert positif viendra renforcer cette action pour aboutir à une confiance des parents. Ce transfert positif est lié, pour Mme B. cela apparaît clairement, à la recherche d'une compréhension de ce qui n'a pas été structuré dans leur dévelop-

pement personnel et qui revient en angoisse, en symptômes, en mal-être.

Enfin, nous devons aussi remarquer comment la thérapie et la relation au thérapeute est utilisée par l'enfant dans sa relation aux parents. Il est très fréquent de voir tel parent nous dire que s'il demande à son enfant ce qui se passe pendant les séances, il lui est répondu une banalité, ou que l'enfant dit avoir oublié. Dans notre cas, Prosper présente une fabulation. Les parents vivent cela comme une intention de leur enfant de leur cacher leur relation à leur thérapeute et de les exclure. Il nous a semblé en fait que les représentations évoquées pendant les séances subissent très rapidement un refoulement. Seuls les affects en jeu dans le transfert semblent permettre la continuité du travail et du processus thérapeutique. Cette intervention rapide des mécanismes de défense est bien sûr à l'opposé du processus psychanalytique et témoigne des résistances à celui-ci, toutefois, une psychothérapie d'un enfant tout comme une psychanalyse précoce "ne supprime pas le refoulement secondaire, elle ne fait qu'en modifier les modalités. Le terme de la psychanalyse d'enfant ne peut donc pas s'apprécier en fonction de l'étendue de la prise de conscience de ce qui était inconscient. A l'exception de quelques souvenirs particulièrement investis, le déroulement de la cure tombe dans le même oubli que les événements conflictuels antérieurs à la période de latence" (R. DIATKINE, J. SIMON "La psychanalyse précoce"). Ce qui apparaît important pour ce travail, c'est ce que le silence de l'enfant induit chez les parents. Nous y reviendrons plus loin, pensant qu'à ce sujet quelque chose de général est vécu par tous les parents ayant un enfant en psychothérapie.

D'autre part, nous avons compris l'explication inventée par Prosper comme étant une réponse à la dépression de sa mère. Peut-être était-il obligé de lui donner quelque chose dans une dynamique de réparation ou de restauration par rapport à la dépression de celle-ci.

A un autre niveau, il nous est apparu que notre relation thérapeutique était à l'origine d'un grand plaisir narcissique pour l'enfant. Ce plaisir n'est nullement spécifique de la situation psychothérapique mais dépend de l'intérêt qu'un adulte peut porter à un enfant. Ceci participe, et dans ce cas à un niveau plus conscient, au fait que l'enfant ne puisse pas ou n'ait pas envie de dire à ses parents ce qu'il fait pendant ses séances de psychothérapie.

Il faut aussi considérer la difficulté qu'a l'enfant à retraduire par le langage le contenu d'une séance. L'intensité des mouvements émotionnels vécus pendant celle-ci apparaît souvent plus importante que les mots ou les thèmes employés. De plus, ces émotions sont liées à des désirs sur lesquels portent des interdits et l'enfant peut penser que ses parents vont lui interdire la continuité de la cure s'ils apprennent de quoi il y est question. Enfin, ces désirs ont pour objet les parents eux-même et leur en parler n'est possible que dans une dynamique perverse où la satisfaction interdite pourrait être recherchée sans aucun conflit avec le Surmoi.

QUATRIEME ENTRETIEN (4 février)

Quand nous allons chercher Prosper pour sa séance, nous trouvons Mme B. assise, l'air très triste, les yeux rouges comme si elle avait pleuré, un fichu sur la tête lui donnant un aspect de deuil. Elle nous dit qu'elle veut nous voir. Nous lui signalons que c'est l'heure du rendez-vous de Prosper. Elle nous dit qu'elle peut parler ici, en quelques secondes, et commence à nous expliquer que son fils a passé des tests d'orientation et que la psychologue scolaire lui aurait trouvé un petit retard surtout dans le domaine psychomoteur. Elle nous demande, très inquiète, ce qu'il faut faire, si elle doit l'envoyer chez une psychomotricienne. Nous ne répondons pas. Elle dit alors que son fils est pourtant très dégourdi et que cela l'étonne. Nous lui signalons qu'il n'y a rien de grave et que si elle le désire, il est possible d'en reparler lors d'un entretien

ultérieur. Nous la quittons ainsi pour nous rendre avec Prosper dans notre bureau. Il commençait d'ailleurs à piétiner et à se diriger vers le lieu des séances.

NOTES DU QUATRIEME ENTRETIEN

Il s'agit ici d'un problème très fréquemment rencontré lors de thérapie d'enfant : la difficulté des parents à respecter la relation thérapeute-enfant et leur tendance à envahir cette relation en empiétant sur le temps de la séance par exemple. Ce que cette femme induisait de par sa dépression, rendait encore plus difficile le respect du contrat bien que cela apparaisse la seule position possible à ce moment précis ; position ressentie comme frustrante mais ayant un sens en rapport avec la thérapie (l'heure des séances) de Prosper. Toutefois, il est nécessaire de proposer de différer la rencontre pour éviter les passages à l'acte des parents.

D'autre part, et ceci sera perçu aussi lors d'autres entretiens, la demande précise de cette femme recouvrait une autre demande plus fondamentale : que ses inquiétudes soient prises en charge par le thérapeute de son enfant, et qu'il la soigne elle aussi. Ceci est fréquent quand il existe une identification importante d'un parent à son enfant à partir d'une souffrance qu'il juge de même ordre. C'est donc dans une dynamique transférentielle que l'on peut comprendre la demande de nous voir, transfert dans lequel Mme B. se plaçait de façon très dépendante à l'égard de la toute-puissance dont elle nous affublait.

CINQUIEME ENTRETIEN (30 mars)

Mme B. vient seule, très en retard par rapport à l'heure du rendez-vous que nous leur avions proposé. Celui-ci avait été fixé sur notre initiative, inquiète que nous étions de ne pas avoir revu le père de Prosper depuis la première consultation. Mme B. vient nous dire qu'elle est désolée de ce retard mais qu'elle pensait que nous

voulions rencontrer son mari et que celui-ci n'a pas pu se libérer. Nous lui proposons de fixer un autre rendez-vous où ils pourront venir ensemble ou séparément. Elle semble préférer que son mari nous rencontre seul.

SIXIEME ENTRETIEN (6 avril)

Mr B. se présente au rendez-vous prévu, souriant, beaucoup plus détendu que lors de notre première entrevue. Il commence à parler de Prosper, des difficultés qu'ils ont eu pour le faire garder puisqu'ils travaillent tous les deux. Puis, continue en signalant sa faible présence auprès de sa famille, l'importance de la réussite de ses activités professionnelles. Assez ambivalent et torturé entre deux tendances de son idéal du Moi (réussite dans son métier, rôle de père de famille), il en voit la raison dans le fonctionnement du monde actuel où non vivons et déplore l'aspect ridicule de cette vie accélérée.

Une grande partie de cet entretien qui durera plus d'une heure et quart prendra une petite tonalité philosophique idéalisante où une reconstruction d'un monde meilleur sera entreprise par Mr B.. Tout cela repose plus sur un fond dépressif que sur un mouvement revendicateur. Dans ce contexte, il signale l'aspect inhumain pour les enfants qui sont placés chez des nourrices et ne peuvent bénéficier de l'affection de leur mère, ô combien indispensable. De là, il associera sur la vie de sa femme et sa belle-famille. D'après lui, son épouse n'apprécie pas son métier, elle aurait préféré faire autre chose, mais sa famille n'est pas très compréhensive. Il rappelle alors les difficultés rencontrées lors de leur mariage. Prosper, d'après lui, irait plus mal quand il va chez ses grand-parents maternels, "il est revenu plus nerveux après les vacances de Noël", me dit-il, "ce sont des gens frustrés". Pour lui, un rapport existe entre ce qualificatif et la capacité à donner de l'affection, "ce petit grain", comme il l'appelle, dont sa femme aurait beaucoup manqué.

Peut-être un peu culpabilisé de son agressivité, il parle alors de sa famille personnelle, de l'absence fréquente de son père, de sa mère très sèche et distante qui ne leur a pas donné à eux aussi "ce petit grain". Ce retour vers le temps passé va s'exprimer par une apologie de la vie d'autrefois, de la façon de travailler, du beau métier que cela était d'être artisan, de pouvoir faire des choses de ses mains. Il remarque qu'actuellement tout est fait en série et que tout se ressemble ; avant, chaque chose faite avait son caractère particulier. Il s'émerveille devant tout ce qui est création et rappelle avec une note d'horreur, le temps où il a travaillé de façon monotone dans une usine. Puis, il parle de son goût et de la tendance des jeunes actuels pour des métiers manuels anciens (poterie, tissage). Pour lui, seule la création peut apporter des joies face à cette vie au rythme fou où l'absence de relation entre les gens est de règle. A ce propos, il parle du désir de sa femme de faire de la décoration, de la peinture, de ses qualités artistiques et du bien que cela lui ferait de reprendre une telle activité créatrice. En ce qui le concerne, en dehors de son métier, il est très passionné par les découvertes de notre monde. Il s'intéresse vivement à l'astronomie aussi lit-il beaucoup désirant s'instruire et ne pas rester dans l'ignorance comme ses parents. Tout en déployant son idéalisme, il paraît être beaucoup plus à l'aise bien qu'inquièt que nous puissions ne pas partager sa façon de voir. Aussi, accentuera-t-il ses phrases à plusieurs reprises d'un "je ne sais pas si vous êtes d'accord, mais ...", témoignant de son besoin d'un soutien narcissique et d'un essai d'identification. Puis, dans un grand mouvement de relativisation, il dit que "de toute façon, au bout du rouleau, on arrive tous à la même chose". Tout à coup, il s'aperçoit qu'il est déjà tard. Il nous dit "cela fait beaucoup de bien de parler et de rêver un moment, je pourrais continuer longtemps comme cela". Il pense alors à son fils et se rend compte qu'il ne l'attend plus dans le dispensaire, aussi nous quitte-t-il rapidement, très inquièt d'avoir pu oublier la réalité pendant un certain temps et d'y avoir pris plaisir.

Pendant cet entretien, nous avons donc écouté Mr B. sans prendre la parole, ce qui d'ailleurs s'avèrait nullement nécessaire. Notre intervention se maintint à quelques hochements de tête traduisant compréhension et encouragement à ce qu'il continue à s'exprimer.

NOTES DU SIXIEME ENTRETEN

C'est, semble-t-il, un aménagement assez bien réussi que nous montre Mr B.. S'il a eu des difficultés, il a pu s'en arranger et se construire une vie pas trop désagréable. Peut-être, tient-il à nous dire que si lui y est arrivé, son fils le fera aussi, ou que face aux difficultés de Prosper et de sa femme, il a pu garder un certain équilibre. Ne niant pas une certaine souffrance, il la localise et s'aménage des aires de satisfaction. Ce sont, d'après lui, celles-ci qui manquent à sa femme et à son fils.

En fait, cette capacité à "rêver", comme il le dit lui-même et sa façon d'utiliser notre rencontre comme soutien narcissique et comme essai de compréhension nous paraît traduire un mouvement transférentiel positif à notre égard et une souplesse dans son économie personnelle. Ceci nous apparaît maintenant comme étant très favorable à une thérapie d'enfant tant pour le respect de la relation thérapeutique que pour la continuité du traitement. Cette capacité à rêver, à échapper du monde réel et immédiat, à aménager un espace transitionnel - lieu et temps de création et de jeu - traduit une souplesse quant à l'emploi de mécanismes de défense archaïques telle que la projection, le clivage. De plus, ceci témoigne de la possibilité qu'ont de tels parents de laisser entre eux et leur enfant un "espace neutre", une "zone franche", c'est à dire libérée de certaines servitudes, où chacun peut apporter quelque chose de personnel reconnu comme tel, sans que cela soit uniquement induit par la rigidité du fonctionnement d'un autre.

LE DOUZE AVRIL

Nous recevons un coup de téléphone de Mme B. nous disant avoir repensé à des choses s'étant passées pendant son enfance. Elle voudrait nous en parler. Nous sommes obligés de l'arrêter dans sa tentative de nous conter cela au téléphone. Nous lui fixons un rendez-vous.

NOTES

On peut d'ores et déjà remarquer que cet investissement de notre personne par ces parents, leurs demandes successives de nous voir et aussi l'intérêt que nous leur témoignons en les recevant, tout ceci eut un effet sur les mécanismes de défense de type caractériel de Prosper. Il nous est permis de formuler cette influence sur Prosper étant donné l'aspect répétitif du scénario. En effet, nous verrons que plus d'un an après ce que nous relatons en ce moment, un évènement fit que Mr et Mme B. demandèrent à nous voir à plusieurs reprises. Ceci eut dans les deux cas la conséquence d'exacerber la tendance de Prosper à nous agresser, à essayer d'abîmer nos affaires, à nous culpabiliser de ne pas en faire assez pour lui.

SEPTIEME ENTRETIEN (14 avril)

C'est toujours dans le même habitus que se présente Mme B. qui commence par s'excuser de nous déranger signalant qu'il est déjà tard, qu'il n'est peut-être pas possible de la recevoir. Nous lui précisons qu'un rendez-vous ayant été fixé, nous avons le temps de la recevoir maintenant.

Elle s'assied et se reprend de venir pour elle. Elle essaie de rationaliser sa demande de rendez-vous auprès de nous en disant que s'il s'agit d'elle, cela peut malgré tout avoir une importance pour Prosper mais que cela n'a peut-être aucun intérêt en ce qui le concerne. Nous lui signalons que nous pouvons écouter ce pourquoi elle est venue. Elle reprend en disant qu'elle a lu ces derniers temps

les merveilleux triomphes de la psychologie de Pierre DACO ("Les triomphes de la psychanalyse") et qu'elle y a découvert des choses la concernant mais "je n'ai pas trouvé mon cas" dit-elle. Ensuite, elle nous explique comment elle est responsable du mariage de ses parents bien qu'ils ne s'aimaient pas et ne se seraient donc pas mariés. Son père, d'après elle, a toujours été très dur avec sa mère, l'a mise en infériorité en la considérant comme moins que rien. Elle en déduit que ceci explique sa propre absence d'amour pour sa mère. Elle exprime aussi son mécontentement par rapport à son père qui ne s'est jamais occupé d'elle, qui ne l'a pas aimée et ne pouvait supporter sa timidité, sa réserve. Mais, elle précise qu'elle n'a jamais été dévalorisée par lui comme sa mère. Elle continue en parlant de sa timidité, de son caractère renfermé qu'elle avait déjà petite fille à l'école où elle restait seule assise sur un banc, ayant peur de jouer. Elle essayait en classe de ne pas se faire remarquer pour ne pas être interrogée. C'est ainsi qu'elle précise ses souffrances personnelles datant depuis très longtemps et qui se sont encore réactivées lors de son mariage puis lors de la naissance de Prosper "arrivé trop tôt". "Je n'étais pas disponible et mon mari ne pouvait pas m'aider" précise-t-elle. Puis, elle continue sur l'influence de sa belle-mère : "elle me répétait que les enfants c'est affreux, que c'est handicapant, et c'est comme cela que je le ressentais". Ainsi, dans tout ce contexte elle ne pouvait s'occuper de son fils : "c'était un effort chaque fois que je devais le changer, lui donner à manger". Elle précise qu'actuellement c'est toujours un grand effort pour elle, une source de fatigue et qu'elle ressent un grand soulagement quand il part quelques jours ; "il m'en demande trop" dit-elle sur un ton de grande lassitude. C'est ainsi qu'elle a dû se faire soigner pendant cinq années pour dépression. Elle a pu s'en sortir grâce à son mari qui lui a apporté beaucoup de sécurité, de tendresse, ce qu'elle n'avait jamais connu. "Maintenant, cela va mieux, dit-elle, mais je sens bien que tout vient de mon enfance, que cela ne sera pas possible

de tout changer et qu'il y a des choses que je garderai tout le temps". Puis, elle insiste sur le fait qu'elle ne voudrait pas que Prosper soit comme elle, qu'il soit aussi malheureux qu'elle. Elle dit que son retard vient sûrement d'elle. Je lui signale qu'elle a tendance à croire que tout ce qui ne va pas est de sa faute, aussi bien au sujet de Prosper que du mariage de ses parents. Elle se met alors à pleurer. Après un silence, je dis que, en ce qui concerne Prosper, la culpabilité ne permettra pas de l'aider.

Elle est silencieuse, assise sur le bout de son fauteuil, très contractée. A partir de ce moment là, elle parle des aspects plus agréables de sa vie signalant que quand elle est avec son mari, elle se sent plus à l'aise, détendue. Elle continue en parlant de Prosper et de son retard et elle me demande s'il pourra le rattraper. Elle finit sa question en disant qu'elle ne devrait pas me demander cela mais qu'elle veut savoir ce que nous pensons à ce sujet. Nous lui répondons que son retard vient des difficultés qu'il vit à l'intérieur de lui et que d'autre part, il s'agit d'un garçon intelligent et malin. Elle dit qu'en effet, c'est ce que lui ont dit d'autres personnes qui connaissent Prosper. Puis, elle parle de son retard de lecture et signale qu'une R. P. P. (dans le cadre des G. A. P. P.) essaie de l'aider mais que cela ne donne pas de résultats. Nous intervenons pour dire que Prosper est trop préoccupé par ce qui se passe en lui pour pouvoir s'intéresser à l'école. Nous rajoutons que l'on peut espérer que le traitement apporte plus tard une amélioration de son intérêt pour l'école.

Elle signale alors qu'elle a dit tout ce qu'elle voulait nous rapporter et qu'elle ne sait pas si cela peut aider son fils ou non. Nous répondons qu'il était peut-être nécessaire qu'elle puisse parler de tout cela et que pour aider Prosper, il est important que l'on se rencontre régulièrement. L'entretien se termine ainsi.

NOTES DU SEPTIEME ENTRETIEN

C'est donc bien une demande de soin personnel que nous adresse Mme B. qui s'en défend étant donné que c'est de son fils que nous nous occupons. Elle semble, en effet, enclencher un processus thérapeutique avec nous quand elle nous demande d'écouter ses souvenirs. Ainsi, participe-t-elle au premier élément de la triade de S. FREUD "Remémorer, répéter et élaborer". On note à ce sujet la difficulté devant laquelle se retrouve le thérapeute de l'enfant. Peut-être est-il possible qu'il mène parallèlement les thérapies d'un enfant et de l'un de ses parents. Toutefois, cela nous aurait apporté trop de difficultés et nous nous serions sentis pris entre les demandes des deux patients avec le risque que l'une ne soit ou ne puisse être comprise que par rapport à l'autre. Nous avons donc choisi de nous situer en tant que thérapeute d'enfant. Ceci n'empêche nullement d'écouter la souffrance personnelle des parents, mais il nous a semblé important que nos interventions contiennent l'enfant que nous soignons. En somme, les interprétations doivent permettre aux parents un certain travail en profondeur grâce à l'organisation d'un transfert sur le thérapeute. Ainsi, l'écoute des parents a-t-elle un effet cathartique grâce à la remémoration d'un ensemble de souvenirs conscients ou préconscients. D'autre part, l'interprétation va permettre à partir du transfert dans lequel elle se situe et qu'elle organise de travailler un minimum dans le cadre des deux derniers temps de la triade sus-citée. Cette élaboration interprétative correspond donc à "un travail en profondeur, à travers les résistances et des couches constamment remaniées et reprises des fantasmes où s'expriment différents niveaux conflictuels" (S. LEBOVICI, M. SOULE).

Toutefois, en se plaçant en tant que thérapeute de l'enfant, il ne semble pas possible de n'intervenir que sur les résistances et les fantasmes liés dans leur répétition à ce que la thérapie de l'enfant induit chez les parents. Il s'agit donc de

relier ce que tels parents vivent par rapport à leur enfant, sa thérapie et son thérapeute, à ce qu'ils ont pu vivre dans l'organisation de leur personnalité à l'égard de leurs propres parents. Ce travail fait auprès des parents paraît pouvoir entretenir un transfert positif envers le thérapeute. Peut-être, peut-on schématiser notre action auprès des parents en disant que c'est surtout du transfert négatif que nous occuperons et sur lequel nous essaierons d'intervenir en renforçant un transfert positif et en interprétant les résistances exprimées par le transfert négatif.

D'autre part, si nous tenons à voir les parents, ce n'est point pour obtenir un carnet de bord des comportements, de l'évolution, des régressions de l'enfant. Ceci nous apporterait seulement la confirmation de ce que nous pouvons observer pendant les séances c'est à dire l'assouplissement ou le renforcement des défenses utilisées par l'enfant . Mais, notre écoute tient au fait que "toute mise en cause de l'enfant a des incidences précises sur les parents, qu'il importe de ne pas négliger" (M. MANNONI : "L'enfant, sa "maladie" et les autres").

Un dernier point est à noter et nous le retrouverons lors d'entretiens ultérieurs. Il est très fréquent dans toute décision de psychothérapie ; il s'agit de l'hésitation des parents entre une technique thérapeutique se rapprochant d'un enseignement scolaire ou plus définissable dans leur esprit c'est à dire une rééducation et l'aventure mystérieuse qu'est la psychothérapie. Ceci apparaît dans le cas de Prosper où la culpabilité de Mme B. l'amène à essayer de réparer son fils de multiples façons. Outre le choix légitime entre tel ou tel abord thérapeutique, c'est l'aspect conflictuel vécu par les parents à l'intérieur d'eux, tenant aux angoisses personnelles que peut réveiller tout changement de leur enfant, qui va être exprimé dans cette hésitation entre plusieurs moyens thérapeutiques. Lorsque différentes thérapies se déroulent de façon

parallèle, ce conflit risque aussi d'être projeté sur les thérapeutes entraînant une rivalité, une opposition entre eux. Ceci aura souvent alors comme conséquence l'abandon des traitements amorcés. C'est donc à partir de notre propre persuasion de la nécessité d'un traitement psychothérapique et de sa spécificité que nous pourrions ne pas répondre sur la valeur des autres thérapeutiques entreprises mais que nous essaierons de voir avec les parents ce qui les pousse à en faire autant pour leur enfant. Nous reparlerons de ce désir de réparation et nous essaierons de l'aborder également dans la dynamique du thérapeute.

HUITIEME ENTRETIEN (9 juin)

Juste avant la séance de Prosper, Mme B. demande s'il est possible de nous voir de façon assez urgente. Nous lui proposons un rendez-vous après la séance de son fils. C'est Mr et Mme B. qui se présentent au rendez-vous. Prosper décide de rester pendant l'entretien mais il se blottit sur le lit et s'enfouit tout entier sous une couverture. Parfois, il sort un oeil, nous regarde et disparaît à nouveau. C'est donc seulement par l'ouïe qu'il peut savoir ce que ses parents et nous faisons ensemble. Peut-être ne lui était-il pas possible de voir et de participer pleinement à cette rencontre ?

Les parents de Prosper paraissent très embêtés et veulent nous parler d'un incident qui s'était déjà produit avant la psychothérapie, qui avait disparu et qui vient de se dérouler à nouveau. Il s'agit de la tendance de Prosper à voler de l'argent dans le porte-monnaie de sa mère ou de sa grand-mère. Mr B. se situe tout de suite comme ne pouvant pas accepter cela et devant infliger à son fils une punition. Sa réaction est assez nette. Une petite inquiétude existe, renforcée par le vécu de son épouse, quant à savoir s'il s'agit de la meilleure solution. Il nous demande donc de lui dire quelle punition il peut donner et

s'il en faut une. Mme B. est beaucoup plus ambivalente et est prête à ne rien dire à son fils en raison de ses difficultés psychologiques. Elle aussi nous demande notre avis mais de toute façon ne peut pas punir son fils et a tendance à s'en prendre à elle. Elle nous signale alors, à ce moment là, qu'elle a débuté, il y a un mois, une psychothérapie et qu'elle pense que son fils lui reproche de s'occuper plus d'elle que de lui. Nous leur répondons qu'il faut qu'ils voient ensemble quelle réponse, eux peuvent donner à cette tendance de Prosper. Nous leur signalons aussi que s'il fait cela, c'est certainement une manière de leur dire quelque chose et qu'en ce qui concerne la punition, c'est à eux de décider, en fonction de ce qu'ils peuvent accepter ou non.

Mme B. continue en disant qu'elle est très favorable à la psychothérapie et nous signale tous les bénéfices que son fils a pu en tirer depuis le début avec principalement une moins grande instabilité et une relation avec elle plus tranquille. Elle nous explique aussi qu'il est plus capable qu'avant de s'occuper seul et que depuis quelque temps, il va à la pêche. Ce qui l'inquiète le plus ce sont les réponses qu'elle est amenée à faire aux demandes de son fils et elle est toujours persuadée de mal faire. L'angoisse qu'elle vit dans sa relation avec Prosper l'empêche de lui répondre simplement et la culpabilité liée à cette réponse vient renforcer l'anxiété de leur relation. Pour elle, le comportement de Prosper n'est pas grave, alors que Mr B. pense que de toute façon, il ne peut pas accepter cela.

Puis, Prosper vient vers sa mère après que celle-ci l'ait sollicité à plusieurs reprises. Prosper s'approche et se blottit sur les genoux de sa mère, contre son sein, lui tripotant les boutons de son corsage. Il dit sur un ton très gentil qu'il ne faut pas le punir, que si on ne le punit plus, il ne fera plus de bêtise. Mme B. oscille, nous jette quelques regards, toute prête

qu'elle est à tout effacer. Puis, toujours sur le même ton, Prosper part dans une explication très élaborée où il explique qu'il désire la liberté "je veux être seul, tout seul, pouvoir faire ce que je veux, partir loin tout seul, être libre" dit-il. En même temps, il se serre contre sa mère qui perçoit que son fils lui demande de ne pas le laisser. Elle s'exprime verbalement en nous regardant, inquiète de savoir ce que nous en pensons et elle l'embrasse en lui caressant les cheveux. Elle nous interroge et nous répondons qu'en effet Prosper a encore beaucoup besoin d'elle, d'eux.

L'entretien se termine sur les remerciements des parents pour les avoir soulagés de ce problème.

NOTES DU HUITIEME ENTRETIEN

Il est très fréquent lors de nos psychothérapies d'enfant de voir des parents venir nous dire que des symptômes anciens ou nouveaux sont apparus. Ceci peut être la raison explicite d'un arrêt du traitement. Le dénouement sera lié à la capacité du thérapeute d'accepter l'agressivité des parents et si possible d'essayer de comprendre avec eux comment leur transfert négatif s'exprime par ces reproches. Il est tout aussi important que le thérapeute ne reçoive pas ces remarques comme des fautes. Là encore, le choix de soigner l'enfant avec les conséquences que cela peut avoir sur sa dynamique évolutive, évite de chercher à faire disparaître des symptômes pour obtenir des remerciements, des gratifications des parents.

De plus, les parents nous les dispensent dans un contexte qu'il est important de pouvoir percevoir. Parfois, il peut s'agir d'une formation réactionnelle par rapport à l'agressivité qu'ils nourrissent à notre égard ou bien il peut être question de séduction, ce qui aboutirait à traiter l'enfant pour son parent. Dans tous les cas, le risque est une neutralisation de l'action

thérapeutique du soignant. Ainsi, il apparaît que les reproches et les compliments doivent être replacés dans la relation parents-thérapeute et ne peuvent être considérés comme des réalités en soi. C'est quand le thérapeute est amené à prendre ceux-ci en dehors de tout symbolisme que peuvent naître les "acting out" soit parce qu'il prend pour danger réel ce qui est fantasme, soit parce qu'il ne comprend pas ce qui est en jeu chez le parent, provoquant ainsi dans le réel une interruption de cure, faute d'avoir en parole, pu donner un sens à la résistance" (M. MANNONI, "L'enfant, sa "maladie" et les autres").

Dans le huitième entretien, nous voyons très bien que Mme B. surinvestit la situation psychothérapique et abandonne toute référence éducative. Préoccupée par sa vie psychique et le traitement qu'elle a débuté, elle essaie de partager avec nous une position de compréhension. Ainsi, sommes-nous amenés à la conforter narcissiquement en lui confirmant qu'elle a compris ce que Prosper voulait dire. Le risque est alors de faire aux yeux de Prosper une collusion parent-thérapeute pouvant devenir persécutoire. Cette recherche identifiatoire de Mme B. a certainement neutraliser notre capacité à écouter ce qui était en jeu chez elle à ce moment là, c'est à dire la difficulté ressentie dans son abord de sa propre vie psychique.

De plus, cette identification prend un autre sens, où le risque est là encore d'être complice, par rapport à la dynamique conjugale. Ceci se confirmera lors d'entretiens ultérieurs, mais, d'ores et déjà, Mme B. essaie de devenir une bonne mère, en rapport avec l'idéal imaginé comme étant celui du soignant, en s'identifiant à la position thérapeutique et en projetant toute la responsabilité de l'éducation sur son mari qui apparaît à ses yeux comme celui qui ne comprend pas la psychologie, et qui punit.

LE 15 SEPTEMBRE, après les vacances scolaires, Mme B. vient au centre avec ses deux enfants. Elle demande à nous rencontrer pour fixer un rendez-vous pour Prosper. Elle désire aussi nous voir et préfère être sans son mari. Ainsi, voudrait-elle, deux consultations, une pour elle et une pour son mari. Elle nous dit que son fils va bien depuis qu'il est rentré de colonie mais qu'elle trouve qu'il est à nouveau plus énervé. Nous signalons qu'un changement possible de lieu de travail entraînera peut-être un arrêt du traitement en cours d'année et que nous préciserons la date à Prosper dès que nous la saurons. Elle paraît très ennuyée.

NEUVIEME ENTRETIEN (6 octobre)

Il se déroule avec Mme B., Prosper et sa soeur. Ceux-ci joueront tout le temps de la consultation, ne cherchant guère à s'introduire dans la relation de Mme B. à nous. Au début de l'entretien, Prosper veut nous montrer ses crayons. Nous lui signalons que nous nous verrons à l'heure habituelle. Sa soeur essaie aussi d'attirer notre attention mais va rapidement jouer avec son frère.

C'est par le sujet des rééducations dont Prosper est l'objet dans le cadre scolaire que commence l'entretien avec Mme B. Elle est très mécontente de l'intérêt ou plutôt l'activisme qui anime les R.P.P. du G.A.P.P. Mme B. est inquiète et pense qu'on devrait laisser son fils un peu tranquille et qu'il ne faudrait pas qu'il devienne un cas. Nous lui signalons qu'elle n'aimerait pas être à sa place et elle confirme cela vivement. En fait, elle voudrait que nous fassions quelque chose auprès de l'école pour que la seule thérapie engagée soit celle qui se déroule ici. Elle continue d'elle-même en disant que c'est difficile pour nous d'aller demander cela à l'école et que c'est peut-être elle et son mari qui devraient faire cette démarche. Elle continue en parlant de sa relation à son fils et de l'amélioration qu'il y a entre

eux deux. Elle le trouve plus stable, plus intéressé aux acquisitions scolaires. Puis, elle signale qu'elle comprend mieux ce qui se passe en elle par rapport à son fils. Elle revient sur le fait qu'il est arrivé trop tôt, qu'elle n'était pas assez mûre, que cela a été difficile dès le début. Elle compare la naissance de sa fille, sans problème. Elle continue en montrant qu'elle se sent mieux avec lui et qu'elle se rend compte de ce qui a pu manquer à Prosper. Elle enchaîne sur sa psychothérapie, sur le bien que cela lui fait de parler. Elle se trouve moins anxieuse qu'avant, plus à son aise. Elle explique cela aussi par leur démenagement. Ils habitent dans un lieu qu'elle aime beaucoup plus que l'appartement précédent. De plus, sa belle-mère qui vit avec eux depuis un an, est absente pour trois mois. Elle est contente de vivre dans le calme. Prosper intervient à ce moment là pour dire que lui aussi il aime "la paix, être tranquille". Elle continue en signalant les angoisses de son fils. Il leur faut laisser la lumière éclairée le soir. D'autre part, Prosper avait l'habitude et il le fait encore certaines fois, de se cacher entièrement sous ses couvertures pendant la nuit et que généralement le matin, il se réveille de mauvaise humeur. Elle remarque à ce moment qu'elle a été pareille et qu'elle n'a jamais compris pourquoi. Puis, elle revient au plaisir qu'ils ont, en ce moment, d'être tous les quatre. Elle dit donc que tout va mieux et que Prosper et son mari sortent ensemble, que ce dernier emmène son fils au cinéma, s'en occupe plus. Tout cela l'aide à être, elle, plus détendue.

Nous l'interrogeons alors sur sa relation avec son mari. Elle reste un moment dans le silence. Puis, elle explique que c'est un peu difficile en ce moment à cause de sa psychothérapie. Elle précise : "je suis en plein transfert et cela n'arrange pas mes rapports avec mon mari". De toute façon, pense-t-elle, ses enfants ne s'en rendent pas compte et cela ne peut pas avoir de

conséquence sur eux. Elle dit alors que Prosper n'arrête pas d'appeler ses parents "les amoureux" et qu'il demande beaucoup si les gens sont fiancés ou mariés. Nous lui signalons qu'il peut être inquiet de voir ses parents s'aimer moins, mais, elle refuse cette interprétation. Pendant cette fin d'entretien, Prosper a énormément manipulé sa soeur physiquement, la couchant par terre, puis sur li, Mme B. parle alors de l'entente du frère et de la soeur. Elle signale que Prosper la protège et est "très touché, même trop, presque perturbé" quand elle se fait disputer. Elle pense qu'il n'est pas jaloux. Nous lui faisons remarquer que cette jalousie peut s'exprimer de bien des façons. Elle accepte alors qu'il l'est peut-être mais ne relie pas cette jalousie à sa tendance à protéger sa soeur. L'entretien se termine ainsi.

Prosper doit rester pour sa séance. Il fait un caprice pour partir avec sa mère. Nous les laissons se débrouiller tous les deux. La scène se passe sur la palier. Après quelques minutes, Prosper vient dans le bureau.

NOTES DU NEUVIEME ENTRETIEN

Nous avons déjà noté la tendance à opposer les différents soignants, tendance à laquelle nous devons être attentifs. Certes, ne s'agit-il pas de négliger le risque de disperser les investissements d'un enfant et de ce fait, de freiner tout travail thérapeutique. Toutefois, la spécificité de notre écoute et l'élaboration, qui en naît, d'une relation transférentielle, différencie de façon importante une relation rééducative et une relation psychothérapique analytique. Il nous faut alors compter plus sur la valeur du travail transférentiel fait avec l'enfant et sur sa perception intérieure par les parents. La certitude que le soin que nous proposons n'a pas le même impact que les rééducations repose donc sur l'approche de mécanismes psychiques à travers le transfert. Nous verrons plus loin que ce problème sera à nouveau abordé.

Mais, de part l'activité professionnelle de Mme B. et ce que nous savons d'elle, il apparaît que cette agressivité trouve sa racine dans une réalité (faire de son enfant un cas et multiplier les traitements) et dans son rapport personnel à l'institution scolaire.

Nous voudrions au sujet de cet entretien qui apparaît assez clair dans son déroulement, relever l'importance pour notre relation à Prosper, de la relation de Mme B. à un thérapeute. Ceci nous montre quelle valeur peut avoir pendant le déroulement d'une cure d'un enfant, la mise en place d'une écoute des parents. M. SOULE signalait, lors d'un séminaire, qu'il n'acceptait pas de prendre des enfants en traitement dont les parents n'étaient pas dans une structure thérapeutique individuelle ou de groupe. Peut-être faisait-il référence alors sans le spécifier à l'enfant psychotique et sa famille ?

Avec S. DECOBERT, il a pu montrer ailleurs l'importance de cette "aide aux parents" à travers un groupe thérapeutique ou des parents continuèrent à venir pour eux, alors que le traitement de leur enfant était arrêté.

Sans poser ce principe comme règle générale - notre expérience de thérapeute d'enfant n'étant pas suffisante - il nous est apparu très positif que des parents fassent cette démarche. Peut-être, devrait-on envisager de proposer aux parents une possibilité de soins, d'écoute ou d'aide lors de la décision du traitement de leur enfant. Il peut s'agir d'une structure pré-définie tel un groupe de parents ou des entretiens avec un thérapeute autre que celui de leur enfant. Toutefois, il ne faut point négliger la réassurance quant à certains fantasmes que les parents viennent chercher auprès du thérapeute de leur enfant sans que celui-ci, toutefois, ne soit obligé de les réassurer activement. Le soin personnalisé qui leur est proposé nous semble donc ne pas remplacer

la rencontre thérapeute-parents. D'autre part, nous avons pu faire des thérapies où la seule proposition consistait à l'engagement du thérapeute de rencontrer les parents sur leur demande dans le cadre d'une consultation. Actuellement, nous considérons comme le minimum indispensable que les parents puissent rencontrer le thérapeute de leur enfant et avoir un lieu d'écoute qui peut être trouvé auprès de celui-ci ou d'un autre thérapeute.

DIXIEME ENTRETIEN (6 octobre)

Mr B. apparaît au début de l'entretien mal à l'aise disant à plusieurs reprises "il n'y a rien de spécial". Il parle un peu de Prosper et des améliorations qu'il observe. Il relie ces dernières aux modifications de leur vie, au fait qu'il grandit, etc... Il semble essayer de trouver des éléments extérieurs n'ayant rien à voir avec la psychothérapie pour expliquer les changements de son fils. Il signale aussi l'intervention du G.A. P.P. Nous lui disons que cela semble être une inquiétude pour eux. Il répond négativement, en insistant sur ce que cela peut apporter à Prosper. Il précise qu'il va essayer de rencontrer la personne qui s'occupe de Prosper pour voir ce qu'il faut faire avec elle. Nous signalons qu'il pense peut-être que la psychothérapie que son fils fait avec nous ne sert pas à grand-chose. Il s'en défend. Puis, il parle de sa fille qui va bien et se développe sans problème. Ensuite, il parle de sa femme. Il signale que cela ne va pas bien pour elle non plus. Nous l'invitons à préciser ce qu'il veut dire. Il aborde alors le problème de la psychothérapie de sa femme, le fait qu'elle a de grosses difficultés. Il parle alors d'une consultation qu'elle est allée faire chez un grand psychiatre pour "sa névrose". Ce dernier l'aurait découragée lui parlant d'un traitement très long, non remboursé. Il dit qu'elle l'a trouvé un peu rude avec elle. Il rapporte une phrase qu'il aurait dit à sa femme : "on ne pleure pas sans raison". Suite à cette consultation, elle est allée voir un autre psychiatre où

elle est remboursée et avec qui cela va mieux. Il explique qu'il la trouve beaucoup plus à l'aise qu'avant, très changée. Il nous demande alors notre avis. Nous lui signalons qu'il n'est peut-être pas certain de l'amélioration. Il continue en disant qu'elle est moins fatiguée. "Avant, dit-il, c'était une fatigue psychique". Ensuite, il amorce l'histoire de sa femme et montre qu'elle a eu beaucoup d'ennuis avec ses parents et que cela n'y est pas pour rien. Nous l'interrogeons alors sur le changement qu'il y a eu entre eux depuis le début de la psychothérapie de sa femme. Il réévoque la place de celle-ci dans sa famille puis continue son historique en remontant aux grand-parents. Un grand-père dut être placé à l'hôpital psychiatrique, officiellement pour des séquelles de la guerre de 1914. Mr B. doute de cela et pense qu'il était fou. Il signale à ce moment que ce terme est tabou dans la famille de son épouse. Faisant le tour des "tares" familiales, il évoque encore la tendance à être "coureuse" d'une grand-mère. Tout ceci leur fut caché et il n'y a pas très longtemps que des éléments précis sur ces antécédents ont été retrouvés par les parents de Mme B.. Le père de celle-ci a eu beaucoup de peine à accepter tout cela et se fait soigner depuis qu'il voit que sa fille va mieux grâce à sa psychothérapie. Mr B. insiste sur l'impasse dans laquelle se trouve sa femme eu égard à cette histoire familiale. C'est dans une suite de tabous qu'il place l'histoire de cette famille et celle de sa femme au sujet de la naissance de laquelle il rappelle : "à cette époque, il valait mieux tuer quelqu'un, c'était tabou". Après un moment de silence, nous lui demandons s'il pense que chez lui, dans sa famille, les choses étaient plus simples. Il répond que ce n'est pas la panacée de son côté non plus. Il insiste sur l'aspect "détraqué et névrosé" de sa mère, sur l'inexistence du couple parental : "il vaut mieux ne pas se marier" dit-il. En pensant à une génération plus lointaine, il signale que sa mère n'a certes pas eu de chance avec un père alcoolique qui tapait sa femme et ses enfants. Il signale qu'il a aussi un

frère qui présente le même penchant vers la bouteille. Il conclut sur la lourdeur d'une telle hérédité. Il apparaît en effet très écrasé par cette charge.

Puis, il reprend en signalant qu'il a toujours regretté de ne pas avoir fait plus d'études et surtout au sujet de l'être humain. Il s'excuse à différentes reprises de ne pas pouvoir nous expliquer tout cela dans un langage de psychologie. Il insiste sur son admiration pour ceux qui connaissent la psychologie et sur sa grande incapacité, infériorité à ce sujet. Il continue en signalant que malgré tout l'absence d'études ne l'empêche pas de comprendre certaines choses psychologiques. Il continue en montrant tous ses regrets, toute son ignorance et surtout celle des hommes. Il accuse ceux-ci de croire connaître beaucoup de choses. Précisant que ce qui est important c'est d'apprendre, d'écouter, il constate que l'on ne connaît rien au monde, à la vie et que l'être humain est bien orgueilleux de croire qu'il sait beaucoup de choses. Il prend alors l'exemple de la sexualité. Actuellement, il lit un livre conseillé, dit-il, par le psychiatre qui soigne sa femme. Il nous dit qu'il y découvre toute la sexualité depuis la petite enfance et que cela est très intéressant. Il continue en se référant à ses autres "hobby" et principalement ses lectures concernant actuellement les extra-terrestres, les O.V.N.I. Il dit qu'en effet, on n'est peut-être pas seul dans le monde. Il rappelle que déjà dans le passé, il y a eu des peuples peut-être plus intelligents que nous. Il parle alors des découvertes des Incas, des Mayas, des Egyptiens. Puis, il signale qu'il existe certainement d'autres galaxies avec des êtres qui ont mille ans d'avance sur nous. Après un silence, il complète "ou mille ans de retard". Il dit que s'ils existent et qu'on ne les connaît pas, c'est qu'ils ont peur de rentrer en communication avec nous. Il termine ceci en rappelant qu'il y a de nombreux dans le monde et la religion et que devant cela nous sommes bien petits.

Nous lui signalons qu'il est l'heure de s'arrêter. Il dit en partant que cela fait beaucoup de bien de parler et il nous remercie.

NOTES DU DIXIEME ENTRETIEN

Certes, est-il aisé de noter dans cet entretien l'axe transférentiel avec toute l'ambivalence qui le caractérise, du discours du père de Prosper. Une difficulté pendant cette consultation fut de percevoir en quoi le thérapeute de Prosper était concerné par un discours tourné vers la thérapie de Mme B. Ceci fut d'autant plus délicat que ce discours contenait des données sur l'histoire familiale de grand intérêt pathogénétique. Un appel d'air attirait donc notre attention vers ces éléments précis, affectant l'écoute de ce qui était apporté au thérapeute de Prosper. C'est ainsi que nous pouvons expliquer en partie notre questionnement et intérêt sur l'histoire familiale de Mr B., après qu'il eut exposé celle de sa femme.

Cet intérêt et l'idée qu'une grande partie de son discours était adressé au thérapeute de sa femme nous ont été induits après l'interprétation concernant son vécu ambivalent à l'égard de la psychothérapie de Prosper. Il y a répondu par un déni total qui a empêché pendant tout le reste de l'entretien de reprendre sa parole dans le système transférentiel et contre-transférentiel nous contenant. Ainsi, sa tendance à la narration et la nôtre au silence laissent de côté l'élaboration, peut-être possible, par un travail sur son vécu de la psychothérapie. Mr B. réintroduit sa problématique à ce sujet à différentes reprises par son balancement admiratif pour des êtres supérieurs inconnus qui savent des tas de choses ou dépréciateurs pour les hommes qui ont la crédulité et l'outrecuidance de penser savoir alors qu'ils sont ô combien ignorants. Là, sont traduits, nous semble-t-il, l'obvers et le revers de la dynamique transférentielle de Mr B. à l'égard

du psychothérapeute de Prosper.

ONZIEME ENTRETIEN (19 janvier)

Nous avons signalé lors du retour des vacances d'été la possibilité de notre départ en cours d'année. Nous avons prévenu Prosper et ses parents de cette éventualité qui devait être confirmée ou infirmée. Une possibilité nous fut donnée de continuer notre travail dans la même région et nous avons donc prévenu Prosper de la continuité des séances. Cet entretien du 19 janvier fut donc proposé par nous à ses parents pour leur confirmer la poursuite du traitement et pour discuter avec eux d'un changement d'horaire. Mme B. vient au rendez-vous pour lequel ils furent prévenus par Prosper. Celui-ci avait demandé à la secrétaire la convocation pour ses parents et la leur avait portée lui-même. Mme B. vient avec son fils qui se colle contre sa mère, l'agrippant et montrant qu'il veut la suivre. Mme B. hésite, nous regarde et dit à Prosper de l'attendre. Il ne veut rien savoir. Nous signalons à Prosper que ce n'est pas l'heure de son rendez-vous et que nous devons voir sa maman. Mme B. nous demande ce qu'elle doit faire. Nous l'invitons à venir dans le bureau. Prosper vient avec elle, s'assied et dit qu'il a apporté des tas de choses qu'il vient nous montrer. Il a, en effet, un cartable plein d'affaires. Mme B. est très gênée. Nous lui précisons les raisons de cette convocation, c'est à dire la continuité du traitement et le changement d'horaire. Elle s'inquiète alors de savoir si la présence de son mari était nécessaire et elle exprime une culpabilité d'être venue seule. Nous ne reprenons pas son interrogation et revenons à l'objet de cet entretien : la poursuite du traitement de Prosper. Elle nous dit qu'elle le sait déjà, que Prosper lui a expliqué. Ce dernier nous coupe pour dire "c'est parce qu'il a réussi son examen". En effet, en septembre, nous avons signalé aux parents et à Prosper que notre départ était lié à la difficulté de garder un poste longtemps, postes dépendant d'un concours. Ainsi, Prosper relie

les deux choses (la réussite à l'examen et le fait que nous restions), Mme B. rit en disant que c'est ce que leur fils leur a expliqué et que c'est très important pour lui.

Puis, nous abordons le problème de l'heure. Mme B. dit pouvoir s'arranger avec l'école et ne semble pas voir de difficulté. Prosper intervient pour dire que tout va bien se passer, qu'il va s'en occuper.

Mme B. nous parle alors des progrès et surtout de la possibilité qu'il a acquise d'être calme. Elle signale qu'il semble être plus intéressé par l'école mais surtout qu'il dessine beaucoup, chose tout à fait nouvelle, et qu'il lui donne ses dessins, ce qui la ravit.

Nous lui demandons comment cela se passe avec elle. Elle répond en ne parlant que d'elle : "Pour moi, il y a des hauts et des bas". Nous mettons fin à cet entretien prévu de courte durée et nous signalons à Mme B. qu'ils peuvent nous rencontrer s'ils le désirent. Elle demande à ce que l'on prévoit un rendez-vous. Ne sachant pas exactement quelle est notre disponibilité, nous lui proposons de leur faire passer une convocation. Mme B. part du centre et laisse Prosper qui a une séance un moment plus tard.

NOTES DU ONZIEME ENTRETIEN

A reconsidérer cet entretien, notre étonnement ne trouve de cesse. En effet, la présence ou l'absence de Prosper aux entretiens avec ses parents n'avait jamais été déterminée de façon très nette. Aussi, voit-on Prosper s'interdire d'y venir et s'opposer à cet interdit. Ce faisant, il nous fait hésiter, ainsi que sa mère. Nous lui signifions même que nous préférons qu'il n'y soit pas. Certes, y-a-t-il chez nous un intérêt pour l'entretien avec les parents seuls. Nous savons, aussi, que dans ce cas, l'enfant

peut vivre la relation parent-thérapeute comme une collusion d'où il est exclu. Toutefois, ce fantasme nous a paru pouvoir être repris et interprété au cours de la thérapie de l'enfant et aussi n'avons-nous jamais choisi comme règle que l'enfant soit présent ou absent aux entretiens parent-thérapeute. Ce qui est important pour le cas de Prosper, c'est sa façon de vivre l'entretien de sa mère avec nous. Nous fûmes à même de comprendre plus tard son attitude. Prosper présentait à ce moment de sa thérapie une dynamique où les désirs et interdits oedipiens imbibaient notre relation ainsi que ses productions. Lors d'un entretien ultérieur, il s'interdira de venir et restera dans la salle d'attente avec des jeux, pendant que nous "recevons" sa mère. C'est cette dynamique oedipienne qui semble nous avoir induit une interdiction renvoyant symboliquement à celle de l'inceste. Ce faisant, nous l'invitons à entrer en rivalité avec nous - ce qui coloria les séances de psychothérapie ultérieures - et à abandonner l'objet maternel pour d'autres investissements.

DOUZIEME ENTRETIEN (15 mars)

Mr et Mme B. viennent tous les deux au rendez-vous, Prosper est présent pendant l'entretien. Tout de suite, Mr B. nous interroge sur son fils et Mme B. intervient pour nous signaler les absences, les "oublis" de ce dernier. Le père de Prosper continue en disant que celui-ci va moins bien. Il explique cela sur un ton agacé ; visiblement, les relations entre eux semblent épuisantes.

Nous intervenons pour signaler qu'en effet Prosper semble traverser une période difficile. Nous relierions ses absences à une inquiétude ayant rapport à des changements. Nous rappelons que l'éventualité de notre départ puis notre absence due à nos vacances semblent avoir éveillé en Prosper certaines angoisses.

Mr B. reprend vivement le terme "changement" et signale

qu'en effet, il y a depuis quelque temps des changements. Il regarde sa femme et continue de façon assez agressive en montrant que celle-ci est responsable de ce changement. De façon parallèle, Mme B. traduit ses tentatives de compréhension par quelques phrases témoignant de son rapprochement identificatoire à son fils et de l'opposition très vive à son mari. Prosper est d'ailleurs tout prêt d'elle. Pour la première fois, elle est très tendre avec lui dans ses gestes (caresses, baisers, etc...).

Bien sûr, la discussion dont nous sommes témoins entre Mr et Mme B. se poursuit par l'abord de la psychothérapie de Mme B. Prosper s'éloignera, ira dessiner ou rampera sous les fauteuils.

Mr B. reproche à sa femme d'être trop peu présente à la vie familiale, trop peu disponible. Il apparaît très inquiet et souvent rationalise son mouvement agressif en parlant du mal que cela fait à Prosper. Touchée ainsi dans sa tendance à se culpabiliser, Mme B. réagit assez fortement et prend un certain plaisir à voir que son mari supporte mal leur nouveau mode de relation. Elle lui montre que c'est son désir de tout dominer qui est remis en cause et que sa réaction tient à cela. L'insécurité de leur relation actuelle s'exprime donc très clairement dans un rapport sado-masochique où l'un et l'autre souffrent mais refusent la position masochique. Une escalade sadique semble en fait s'amorcer. Toutefois, c'est toujours de façon indirecte que leur agressivité mutuelle s'exprime. Ainsi, Mr B. pense-t-il que cette situation est liée à la présence de sa mère dans leur foyer. Une grande partie de l'entretien va donc lui servir à démontrer et à essayer de nous faire confirmer son opinion selon laquelle elle doit aller habiter ailleurs. Mme B. est d'accord avec l'idée de ce départ étant donnée l'incompatibilité qui existe entre elle et sa belle-mère. Mais, elle refuse d'en faire la responsable du malaise conjugal. Elle dit que ses sentiments de haine très vifs qu'elle

ressent à l'égard de sa belle-mère correspondent à "des sentiments transférentiels et qu'en fait ce n'est pas elle qui est visée, mais d'autres personnes". Elle continue en parlant de l'importance de la reviviscence des choses qui se sont passées pendant son enfance. En fait, elle apparaît très ambivalente car très culpabilisée de "mettre dehors" sa belle-mère. Elle appelle donc son mari à la patience, signalant que les choses vont encore changer avec son traitement. Elle continue très vivement en disant que de toute façon, il n'est pas question pour elle d'arrêter, que c'est vital et elle ponctue sa phrase par un "quitte à te sacrifier" adressé à son mari avec un petit rire laissant un lourd silence. Mr B. reprend son idée concernant le départ de sa mère. Prosper, au cours de la discussion pour ou contre le départ de sa grand-mère, est intervenu à plusieurs reprises pour signaler que ce n'était pas la faute de la "mémé", que sa soeur ne serait pas contente si elle partait (cette grand-mère semble, d'après les paroles de Mr et Mme B. ainsi que celles de Prosper, avoir toujours préféré sa petite-fille). Mme B. signale alors que Prosper est inquiet à l'idée de voir partir sa grand-mère. Mr B. reprend en disant que son fils ne va pas bien du tout, qu'il est agité comme avant. Mme B. s'oppose à cela en lui rappelant comment il était au début de sa psychothérapie. Elle dit que s'il ne va pas bien c'est en rapport avec ce qui se passe entre elle et son mari mais qu'il a fait beaucoup de progrès.

Nous avons très fortement l'impression de ne rien pouvoir dire mais d'être là pour compter les points. La moindre de nos interventions est reprise au profit de l'un d'eux et aux dépens de l'autre.

A partir de l'évocation de la soeur de Prosper et en raison du matériel apporté par celui-ci lors d'une séance récente au sujet du changement douloureux que la naissance de sa petite

soeur avait apporté dans sa relation à ses parents, nous interrogeons les parents sur l'importance de cette naissance dans leur relation à Prosper. Mme B. répond qu'ils n'y ont pas prêté attention à cette époque. Elle dit cela avec regret et culpabilité. Puis, elle explique qu'actuellement, elle a remarqué que son fils lui est très attaché, qu'il lui demande beaucoup de choses et aime beaucoup resté seul avec elle. Elle compare cela à la relation qu'il a avec son père. Elle précise que leur fille est, au contraire, très proche de son père. Elle s'étonne de ne pas avoir remarqué cette tendance chez Prosper plus tôt et conclut qu'il vit donc cela beaucoup plus tardivement que sa soeur. Elle semble très contente de nous parler de cela. Elle continue en parlant d'elle, de son désir de se retrouver seule, d'habiter seule dans un appartement, de pouvoir sortir de tous ces problèmes. Elle explique cela avec retenue, gênée, semble-t-il, d'avoir de tels désirs. Mr B. y répond en reparlant du départ prochain de sa mère.

Nous décidons d'arrêter l'entretien. Prosper se précipite et nous donne un dessin qu'il vient de décalquer et demande à voir ses autres dessins. Ce désir de revoir tous ses dessins, réunis par nous dans une pochette, avait déjà été formulé par Prosper mais il ne les avait pas demandés expressément comme lors de cet entretien avec ses parents. Nous lui signalons qu'il pourra les voir s'il le désire une fois prochaine. Mr et Mme B. formulent alors le même désir d'une façon que nous ressentons assez pressante. Nous sortons le dossier et montrons ses dessins à Prosper. Mr B. exprime tout de suite l'envie de les emporter pour les regarder chez eux et de nous les rapporter ensuite. Très embarrassés par cette demande, nous restons très réservés. Mme B. dit alors que ce n'est pas la peine, qu'ils sont à Prosper et à nous, qu'ils doivent rester là et que Prosper lui en fera d'autres. Elle nous permet ainsi de sortir de la difficulté que la demande de Mr B. nous avait fait ressentir. Celui-ci n'est pas tout à fait

satisfait mais devant notre ressaisissement, notre affirmation de l'importance à garder ici ce que se passe entre Prosper et nous, il renonce. Mme B. insiste pour qu'il abandonne ce désir et nous mettons fin à l'entretien.

NOTES DU DOUZIEME ENTRETIEN

Ainsi, c'est une véritable scène de ménage qui se déroule devant et avec nous. L'enjeu nous semble en être la continuité des traitements de Prosper et de Mme B. Ceci s'exprime à travers une réalité, certes non sans importance en soi, qui est le départ du foyer conjugal de la mère de Mr B.

Mais, si cette scène est venue se faire auprès du thérapeute de Prosper, c'est, semble-t-il, en rapport avec la place de cet enfant entre ses deux parents. Si Prosper nous apparaît à cette époque entrer dans une problématique oedipienne, Mme B. le voit dans ce type de dynamique en fonction, semble-t-il, de ses propres conflits de cet ordre. En effet, Prosper se met, lors des entretiens, du côté de sa mère plus pour obtenir d'elle de l'affection que par rapport à une rivalité avec son père.

Dans cette situation, Mr B. se sent peu soutenu (il n'est pas en thérapie) et très attaqué. C'est, semble-t-il, en fonction de ce vécu d'exclusion qu'il voudrait entrer, par les dessins, dans la psychothérapie de son fils. Le sentiment qu'il risque d'être déprimé ou persécuté par notre refus, nous hésiter avant de pouvoir réaffirmer la règle du "secret" indispensable en psychothérapie.

TREIZIEME ENTRETIEN (22 mars)

Mme B. vient au centre pendant la séance de son fils. A la fin de celle-ci, elle nous fait prévenir qu'elle voudrait nous voir pour un petit problème très précis. Nous acceptons de la rencontrer

quelques minutes. Quand nous allons la chercher, Mme B. dit à Prosper de rentrer à la maison "ils ne sont pas prévenus" dit-elle, "tu me rendrais service en allant à la maison". Prosper s'oppose vivement. Nous les laissons se décider ensemble et attendons dans le bureau. Prosper s'en va, Mme B. arrive pour l'entretien. Prosper réapparaît quelques instants après et entre dans la pièce tout doucement. Mme B. n'est pas contente mais Prosper résiste. Nous demandons à Mme B. si elle préfère que Prosper ne soit pas là. Elle répond que cela n'a pas d'importance pour elle. Puis, le silence s'établit pendant lequel Mme B. paraît assez gênée, ne trouvant ni place adéquate, ni possibilité d'utiliser le langage. Elle nous explique alors qu'après notre entretien de la semaine précédente, son mari a téléphoné à son psychiatre pour lui expliquer le problème du départ de sa mère et avoir son avis. Mme B. pense qu'ils se sont mis d'accord sur le fait que la présence de celle-ci n'est pas souhaitable au domicile conjugal. Mme B. est très culpabilisée de cela ; Prosper intervient pour dire que sa soeur ne va pas être contente. Puis, Mme B. nous dit qu'elle a une mission à remplir auprès de nous : son psychiatre lui aurait demandé quel avis nous avons à ce propos. Elle pense qu'il n'ose pas nous téléphoner et que c'est pour cela qu'il l'a chargée de venir nous poser la question. Elle ne comprend pas pourquoi il n'ose pas le faire lui-même. Elle n'est pas du tout d'accord avec ce rôle d'intermédiaire d'autant qu'elle connaît notre réponse. Elle dit que c'est, bien sûr, à eux de décider du départ de sa belle-mère. Nous lui confirmons cette position et nous arrêtons là l'entretien. Elle dit être soulagée d'avoir rempli sa mission et part avec Prosper s'accusant de nous avoir fait perdre notre temps.

NOTES DU TREIZIEME ENTRETIEN

C'est le début de cet entretien qui retient notre attention. Nous avons à plusieurs reprises signalé que nous n'avions pas pris de position nette au sujet de la présence de Prosper aux

entretiens que nous avons avec ses parents. Ceci traduit que nous acceptons aussi bien sa présence que son absence et qu'il revenait aux parents et à Prosper de décider.

Toutefois, lors de cet entretien, comme celui du 19 janvier, nous avons ressenti le désir d'avoir un entretien avec Mme B. C'est peut-être en fonction de notre hésitation du dernier entretien que Mme B. s'est trouvée obligée de demander à son fils de quitter le centre.

Notre désir apparaît alors que Prosper vit de plus en plus une évolution oedipienne. Ceci ne va pas être sans importance pour les séances suivantes !

Un autre aspect traduisant notre tendance à sortir des règles données au départ, est l'acceptation de cet entretien sans rendez-vous. Ceci correspond au début d'un processus qui va, comme nous allons le voir, se prolonger.

QUATORZIEME ENTRETIEN (28 juin)

Lors de la dernière séance de Prosper, avant les vacances, le père de celui-ci l'accompagne. Il n'a pas pris de rendez-vous et cet entretien sera court. Mr B. demande à nous voir quelques instants et nous l'écoutons dans la salle d'attente. Il nous précise que c'est son fils qui est passé le chercher à son travail et a insisté pour qu'il vienne. Prosper utilisera cette situation pour rester avec son père et ne pas venir dans le bureau où nous l'attendons pour sa séance. Il semble que cela soit pour lui une façon de montrer son mécontentement vis à vis de la séparation des vacances.

Après quelques manifestations de Prosper, nous signalons à Mr B. que son fils paraît utiliser sa présence pour nous

opposer. Puis, nous disons qu'il a l'air assez inquiet actuellement. Mr B. répond en reliant les difficultés de son fils à la dynamique de sa femme. Il continue en disant que Prosper a toutefois fait des progrès quant à son intérêt et ses résultats scolaires. Il signale des difficultés en psychomotricité. Sur notre demande de précision, il reste évasif, ne pouvant expliquer ce qu'il entendait par là. Il nous dit qu'à la rentrée, Prosper ira à LYON faire de la psychomotricité. Nous signalons que cela risque de faire beaucoup pour Prosper. Il dit alors que c'est sa femme qui a décidé cela, sans penser à cet aspect du problème. Nous parlons alors de leur désir d'en faire beaucoup pour leur fils. Il répond en disant que sa femme a toujours peur de ne pas faire ce qu'il faut. Il dit qu'elle continue son traitement et que cela va un peu mieux mais que de toute façon elle ne pourra pas se changer complètement. Il dit qu'entre eux cela va bien aussi, qu'ils vont partir en vacances "en couple" pendant quelques jours pendant que Prosper sera en colonie. Ensuite, ils partiront tous ensemble. Il continue en signalant que Prosper est jaloux du fait qu'ils vont rester quelques jours seuls et qu'il aimerait mieux partir avec eux.

Puis, il nous signale avec un air soucieux, que sa femme voudrait arrêter son métier, que son psychiatre lui a déconseillé. Il dit à plusieurs reprises que le psychiatre ne fait que confirmer sa propre opinion à ce sujet.

Puis, il reparle de Prosper qui est allé pendant ce temps fouiller dans une pièce servant d'atelier, pour nous souligner qu'il n'a pas envie de venir aux séances, qu'il ne veut pas être avec nous. Nous reprenons pour préciser que ce n'est pas uniquement à notre égard et que cela se produit quand un enfant vit quelque chose de difficile. Nous insistons sur la nécessité de continuer le traitement et de ne pas l'arrêter face à un refus ou des

difficultés. Nous mettons fin à l'entretien, en rappelant la reprise des séances début septembre.

NOTES DU QUATORZIEME ENTRETIEN

Nous assistons lors de cet entretien à l'utilisation par un enfant de la présence de l'un de ses parents et à la reprise par ce dernier du discours manifeste de son enfant. C'est ainsi que Mr. B. est amené à trouver une satisfaction en entendant et voyant son fils préférer rester avec lui et ne pas aller à sa séance, c'est à dire venir avec nous. Ainsi, Prosper nous place à plusieurs reprises en position de rivalité avec son père et il est difficile dans ce type de situation de percevoir et d'exprimer que cette rivalité est induite par les résistances au traitement. Il n'est pas sans importance de noter que cette reprise du refus de Prosper à venir aux séances est associée lors de cet entretien au désir des parents d'arrêter le traitement pour en choisir un autre (la psychomotricité). L'aspect négatif du transfert des parents est souvent prêt à reprendre le désir explicite de leur enfant et les empêche alors d'en comprendre le sens sinon l'ambivalence.

QUINZIEME ENTRETIEN (6 Septembre)

Prosper se présente avec sa mère à l'heure de sa séance comme il avait été convenu fin juin. Il quitte notre bureau avant l'heure de la fin de l'entretien et il va dire à sa mère qu'elle peut venir dans le bureau. Puis, il quitte le centre médico-psychologique. Ainsi, Mme. B. entre-t-elle dans notre bureau, toute intimidée et désirant nous rencontrer. La surprise de cette situation, la réalité de la reprise des séances après les vacances, ainsi que notre contre-transfert à l'égard de Mme. B. nous font accepter. En partant, Prosper avait emporté les dessins qu'il avait faits en double grâce à un carbone et avait donné les deux à sa mère. Celle-ci les tient à la main et nous demande ce qu'elle doit en

faire. Notre embarras nous fait répondre qu'elle peut nous en laisser un. Elle nous demande ce qu'il a voulu faire sur ce dessin. Nous répondons qu'il a montré qu'il avait appris beaucoup de choses et notamment sur la maternité. Elle paraît très intéressée. Nous lui demandons alors de nous parler de l'évolution de Prosper pendant ces vacances. Elle dit que la colonie lui a fait beaucoup de bien, qu'il va pouvoir reprendre l'école dans de bonnes conditions. Puis, elle signale que pour elle il y a de l'amélioration mais avec des hauts et des bas. En disant cela, elle prend une attitude corporelle plus voûtée, effondrée. Elle continue à voir son psychiatre et cela, dit-elle, l'aide beaucoup à mieux comprendre ce que ressent Prosper, et le fait qu'il puisse ne pas avoir envie de venir à sa psychothérapie. Elle nous signale qu'elle va peut-être se mettre en maladie pendant six mois, pour mieux s'occuper de ses enfants et parce qu'elle en a marre. Elle précise que Prosper est très content de cette idée mais qu'elle se demande s'il est sincère ou s'il lui dit cela pour lui faire plaisir. Elle dit qu'elle aurait dû commencer le traitement de son fils beaucoup plus tôt, que déjà tout petit, c'était difficile entre eux et qu'elle ne le comprend toujours pas très bien. Elle dit qu'il continue à voler de l'argent, presque exclusivement à elle. Mr. B. a décidé de lui donner de l'argent de poche, mais ceci n'a pas fait disparaître sa tendance. Nous signalons que ceci veut dire quelque chose, que la psychothérapie n'est pas encore arrêter et que c'est à eux, parents, d'insister pour que Prosper vienne régulièrement, même s'il est ambivalent. L'entretien s'arrête ainsi.

NOTES DU QUINZIEME ENTRETIEN

C'est peut-être cet entretien qui traduit le mieux les dynamiques de réparation en jeu dans les relations de Mme. B., son fils et nous. Ainsi, Prosper participe-t-il à ce mouvement général en donnant les dessins à sa mère. Il s'agit de la même tendance quand nous négocions avec Mme. B. un partage des deux dessins identiques,

réalisant ainsi la réparation de Mme B. et de nous-même. Plus loin, c'est la peur de faire du mal à Prosper que Mme B. exprime par sa culpabilisation de ne pas avoir entrepris le traitement plus tôt.

Notre contre-transfert à l'égard de Mme B. nous est apparu comme étant fréquent chez les personnes s'occupant d'enfants. Une tendance à réparer le mal imaginaire fait aux parents apparaît souvent dans les relations que l'on a avec eux. C'est bien sûr de la culpabilité liée à toute la dynamique dans laquelle apparaît le fantasme "on vole un enfant" que vont être issues toutes les conduites réparatives. La conséquence en sera bien souvent un refus de notre effort. Il est à ce niveau très important de noter qu'il en peut être question d'apporter une "aide" aux parents, en fonction de la culpabilité inconsciente que l'on peut ressentir à leur égard. Dans ce cas, cette "aide" prendra pour eux la sens d'un cadeau empoisonné. Ils ne pourront que la rejeter et ce faisant induire notre agressivité. Il nous sera alors possible de les considérer comme des ingrats, ne méritant pas tout le "bien" que l'on voudrait leur apporter. C'est donc un cycle mettant en danger la relation parents-thérapeute qui s'enclenche.

Il est aussi important de noter que nos sentiments à l'égard de Mme B. semblent répondre, en les répétant et les déplaçant, à ceux qu'elle peut mettre en scène continuellement au sujet de Prosper.

LE 4 OCTOBRE : entretien téléphonique avec Mr B. Celui-ci arrive à inquiéter les personnes travaillant au centre médico-psychologique et nous-même par conséquent, car il a téléphoné à différentes reprises, l'air affolé désirant nous parler. Il s'agit d'un problème de scolarité. Prosper est depuis quinze jours dans une classe nouvelle et la maîtresse désire le faire

passer en classe de perfectionnement. Une opposition, d'après le père, s'est installée entre elle et Prosper. Il nous est donc présenté une situation de rejet. Le médecin scolaire, les psychologues scolaires ont été avertis et la décision doit être prise à une future commission de circonscription. Mr B. ne sait que faire et que penser. Il oscille entre une opposition formelle à cette solution et une inquiétude sur l'état de santé mentale de son fils : "s'il est vraiment débile, il faudrait mieux qu'on le sache". Ce qu'il désire c'est que nous nous mettions en contact avec le personnel scolaire et que nous réglions le problème avec celui-ci. Nous nous situons très nettement en tant que psychothérapeute de Prosper n'ayant pas de pouvoir exécutif au niveau scolaire et nous signalons que nous pouvons donner notre avis si le médecin scolaire nous le demande. Mr B. décide de proposer à ce dernier de nous contacter. Nous proposons aussi à Mr B. de nous rencontrer pour rediscuter de cette situation. Il accepte volontiers mais ne semble pas très content de notre non-intervention.

SEIZIEME ENTRETIEN (7 octobre)

Après un autre appel téléphonique de Mr B., nous fixons un rendez-vous auquel se présentent Mr B, Mme B. et Prosper.

Mme B. nous inonde tout de suite d'excuses pour le dérangement qu'ils nous occasionnent.

Nous parlons alors de l'objet de cet entretien et nous profitons de la présence des parents et de Prosper pour rappeler ce qui s'est passé (problèmes scolaires, coups de téléphone du père pour obtenir notre conseil et notre intervention). Nous rappelons que notre pouvoir n'est pas de prendre une décision, celle-ci revenant à eux et au système scolaire.

Pendant ce temps, Prosper sort tous ses cahiers et nous

les pose sur les genoux, insistant pour que nous les regardions. Nous lui demandons avant, de nous préciser les raisons de cet apport. Il répond qu'il veut nous faire voir son écriture. Nous les feuilletons et signalons que son écriture est satisfaisante. Puis, à notre question, Mme B. répond que Prosper est dans un C.E. 2 groupé avec un C.E. 1. Elle dit qu'il est un peu entre les deux. Le père au téléphone nous avait dit que Prosper était au C.P. Celui-ci nous montre un autre cahier où il y a des dessins. Après avoir trouvé ses dessins jolis, nous demandons aux parents ce qu'ils en pensent. Mme B. répond qu'en effet, pour son âge, ce n'est pas mal.

Puis, notre étonnement se porte vers l'agitation autour des problèmes scolaires et nous demandons quel sens cela peut avoir. Nous précisons qu'il est important de ne pas nous précipiter dans une solution de changement de classe sans savoir si cela est profitable à Prosper. Les parents nous signalent que de toute façon il ne peut pas rester dans sa classe, que l'institutrice ne le veut plus. Nous reparlons de l'éventualité d'une classe privée que le père avait mentionnée au téléphone et précisons que dans une relation privilégiée, Prosper pourrait certainement faire des acquisitions scolaires.

Mme B. amorce un discours dépressif regrettant l'institutrice de l'année précédente qui avait une très bonne relation avec Prosper. Cette maîtresse avait défendue Prosper contre l'avis de la psychologue scolaire et avait toujours soutenu que Prosper pouvait suivre un C.E. 2. Mais, l'institutrice de cette année s'y oppose formellement. Mme B. rappelle agressivement que le système scolaire s'est beaucoup trop occupé de son fils et parlant des R.P.P., elle dit "tout le monde joue au psychiatre avec Prosper". Mr B. continue en disant que leur fils a un dossier de cinq centimètres d'épaisseur, qu'il est le cas de son école. Mme B. est très

affectée de tout cela, et elle apparaît s'écrouler sous le poids de la fatalité. Mr et Mme B. continuent en disant que trouver un enseignement pour Prosper seul n'est ni possible, ni dans leurs moyens et qu'il faut donc lui trouver une autre classe. Mme B. pense que cela serait pourtant la meilleure solution et elle se désole de ne pas pouvoir offrir cela à son fils.

Elle dit néanmoins que cette solution couperait celui-ci du reste de l'école et que cet aspect est négatif. Elle rappelle qu'elle pourrait s'arrêter de travailler comme elle l'avait déjà proposé mais que Prosper n'est pas d'accord. Lors d'une discussion à ce sujet, il lui aurait répondu "tu es ma maman, pas ma maîtresse". Elle pense qu'en effet, c'est lui qui a raison et elle se culpabilise d'avoir pensé pouvoir jouer les deux rôles.

Ils parlent ensuite des difficultés croissantes de Prosper depuis quelque temps. Il fait plus de bêtises. Il vole plus. Nous signalons qu'en effet il y a actuellement une période difficile et qu'il est donc très important de continuer le traitement. Nous précisons que notre rôle est de permettre à Prosper de se sentir mieux à l'intérieur de lui et que nous ne pouvons pas intervenir sur les problèmes scolaires ou sur les difficultés éducatives qu'ils rencontrent à la maison. Nous répétons que notre attention se porte vers la santé psychique de leur fils et que nous acceptons de donner un avis si l'éducation nationale nous le demande pour éviter que l'avenir de Prosper soit trop mis en jeu.

Pendant ce temps, Prosper fait une construction avec de la colle et du papier. Quand celle-ci est terminée, il passe devant nous pour nous la montrer et nous dit qu'il la porte dans un autre pièce pour que nous la mettions dans son dossier. Puis, il revient avec un illustré et nous demande s'il peut le lire.

Nous répondons "oui" en riant et en signalant qu'actuellement il ne s'agit pas d'une séance. Il dit à plusieurs reprises au cours de la conversation avec ses parents qu'il ne veut pas aller avec Mr X. dans la classe de perfectionnement. Toutes les fois que nous lui demandons son avis, il répond très nettement qu'il ne veut pas aller avec Mr X. Nous lui disons que nous pensons qu'il peut continuer sa scolarité normale mais que c'est avec l'école qu'il faut décider de cela. Nous disons que Prosper a des capacités intellectuelles évidentes mais qu'il ne peut pas les utiliser correctement pour l'école. Mme B. est tout à fait d'accord avec cela. Elle nous signale qu'elle a emmené Prosper, il y a deux ans, chez un pédo-psychiatre à LYON et qu'il lui a dit de ne jamais mettre son fils en classe de perfectionnement. Elle est contente de voir que les avis des deux médecins concordent.

Mr B. intervient pour parler de la débilité, de l'incurabilité de cela et nous demande de lui affirmer que son fils n'est pas débile. Nous lui répondons en l'interrogeant sur son sentiment à ce sujet.

Puis, nous invitons les parents à trouver une solution. Ils sont d'accord pour la classe privée mais veulent aller la visiter. Ils nous demandent si nous pouvons faire une lettre pour appuyer la candidature de Prosper. Nous acceptons. Mr B. essaie alors de nous faire faire toutes les démarches. Il voudrait que ce soit nous qui demandions en premier à l'école privée. Nous discutons un long moment et essayons de questionner ces parents sur leur incapacité à faire cette démarche et les renvoyons à leur rôle éducatif. Nous signalons très clairement que cela n'est pas à nous de nous occuper de cet aspect de la vie de Prosper. Nous continuons en disant qu'ils pensent peut-être que nous sommes tout puissants mais que notre demande ne sera pas automatiquement acceptée et qu'il est important que ce soit eux qui envisagent l'entrée

de Prosper dans cette école directement avec la direction. Mme B. accepte bien cette position et semble vouloir que son mari suive notre avis. Mais, Mr B. voudrait n'aller à l'école qu'après notre intervention et il n'arrive pas à expliquer ce désir. Nous décidons de la fin de l'entretien.

VII-DEUXIEME ENTRETIEN

Ainsi, cette réalité qui pèse sur l'orientation de Prosper nous est-elle rapportée par les parents à travers leurs difficultés à décider pour leur fils et leur tendance à nous remettre toute la responsabilité à son sujet. Nous avons déjà exprimé notre pensée au sujet de la tentation qui peut consister à se mettre à la place des parents plutôt que de les amener à assumer leur fonction.

VIII-DEUXIEME ENTRETIEN (11 octobre)

Cet entretien se déroule après une séance où Prosper n'a pas voulu venir dans le bureau habituel et est resté dans la salle d'attente. Mr B. arrive pendant la séance de son fils et c'est en allant parler à celui-ci de sa résistance à venir aux séances que nous rencontrons Mr B. Il déclare vouloir nous parler et nous de son entretien tout de suite. Nous précisons les horaires et acceptons de le voir après la séance de Prosper.

Quand nous allons chercher Mr B., Prosper n'est pas avec lui. Il sort d'une autre pièce. Nous lui signalons que la séance est terminée et que nous allons voir son père. Prosper nous suit.

Mr B. essaie de nous expliquer qu'ils ont changé leur fils d'école, mais celui-ci l'interrompt pour nous dire qu'il a une nouvelle maîtresse, qu'il ne veut pas y retourner, qu'il n'est pas content de cette classe, que tout lui déplaît là-bas. C'

est, semble-t-il, après un affrontement entre le personnel de l'école où était Prosper que les parents de celui-ci ont pris la décision de le mettre dans une autre école publique. Mr B. nous dit qu'il a défendu notre point de vue et que, à cette occasion, il a été dit que nous n'y connaissions rien. Il dit qu'il a visité la classe de perfectionnement, que c'est horrible, que cela est pour les débiles et que Prosper n'a rien à y faire.

Actuellement, il est dans une autre classe avec une maîtresse très gentille. Prosper n'arrête pas de rouspéter, affirmant, sans nous convaincre, que cela ne lui plaît pas et qu'il n'y retournera pas cet après-midi. Mr B. continue en disant que lui-même est allé dans cette classe de perfectionnement où l'on voulait mettre son fils, que cela était une erreur et que si quelqu'un l'avait aidé à ce moment là, il aurait pu faire autre chose. Il dit que le système scolaire est en train de faire la même chose avec son fils. Il continue en critiquant le personnel de l'éducation nationale qui ne comprend pas que "les problèmes scolaires sont liés à des problèmes affectifs". Mr B. regrette à nouveau de ne pas avoir été aidé. Prosper continue à rouspéter à bas bruit ; il essaie de faire taire son père, dit qu'il n'y comprend rien, que personne ne le comprend, que son école "est toute pourrie". Nous signalons à Prosper qu'il paraît ne pas supporter que ses parents ou nous ne soyons pas d'accord avec lui, qu'il nous demande des tas de choses et qu'il lui est très difficile d'accepter que l'on ne lui donne pas tout ce qu'il veut. Il dit alors que lorsqu'il est contrarié, il ne sent plus rien, plus sa tête, que cela ne va pas bien. Nous lui signalons qu'il pourrait aller mieux si nous essayions de comprendre ensemble pourquoi il est si malheureux dans de tels moments. A ce moment là, il s'énerve, dit que nous n'y comprenons rien, que c'est l'école qui ne va pas et qu'il n'y retournera pas. Il dit à plusieurs reprises : "vous êtes bouchés".

Mr B. intervient pour dire alors que Prosper a été malade ces derniers jours et il signale que c'est peut-être quand il est plus malheureux.

Nous revenons au problème scolaire et nous parlons au père de l'importance de voir que les difficultés actuelles ne viennent pas que d'un problème d'école et que cela ne servirait à rien de changer d'école tout le temps, qu'il y a intérêt à continuer la thérapie. Mr B. nous dit alors que Prosper est très agressif depuis quelque temps. Il nous parle de la scène des dessins déchirés par Prosper au cours d'une séance, ce que celui-ci a raconté à sa mère. Il continue en estimant que c'est une bonne chose que Prosper puisse exprimer son agressivité. Nous insistons sur le fait que ce qui nous paraît important c'est que Prosper puisse comprendre pourquoi il est en colère, que cela l'aidera à se sentir mieux dans l'avenir. Ce dernier continue à rouspéter et se met à pleurer en même temps qu'il se met en colère. Il nous traite d'imbéciles, fait des gestes agressifs dans notre direction et dit que nous n'y comprenons rien. Il nous lance encore quelques termes injurieux. Puis, il se tourne vers son père et essaie de lui mâcher les boutons de sa veste, de la lui déchirer. Mr B. reste calme. Nous signalons à Prosper l'intérêt de venir aux séances et ainsi nous pourrions parler ensemble de ce qui le rend malheureux.

Mr B. reparle de leur démarches scolaires et nous signale qu'ils sont allés voir une classe dans une école privée mais que cela correspondait à une classe de perfectionnement bien que le nom soit classe d'adaptation. Il redit qu'il s'est disputé avec plusieurs instituteurs et semble avoir besoin d'en parler, troublé qu'il est encore de cet affrontement. Il dit qu'ils se sont renseignés aussi pour l'école Zimmermann, mais les voyages seraient peut-être trop fatigants pour son fils. Il préfère

que celui-ci soit en famille et il nous demande notre avis. Ainsi, a-t-il pris une décision, mais il cherche à être assuré de notre appui.

Nous répondons que ce qui est le plus important pour l'instant c'est ce qui se passe dans la psychothérapie de Prosper. Nous insistons sur l'importance pour eux parents d'avoir trouver une solution et maintenant de s'y tenir. Nous précisons que Prosper peut se montrer très mécontent et qu'il lui sera plus profitable que l'on essaie de voir ce qui le met en colère plutôt que de penser que c'est leur solution qui est mauvaise.

Mr B. reparle de ses disputes avec les instituteurs et voudrait que nous intervenions. Pourquoi ? Il ne sait pas bien. Nous disons que c'est une bonne chose qu'ils aient pris une décision et arrêtons l'entretien. Prosper s'en va rapidement sans rien dire.

DIX-HUITIEME ENTRETIEN (18 octobre)

A midi, après la séance de Prosper, nous apprenons que Mr B. veut nous voir. Il est avec Prosper et sa fille. Il veut nous parler du problème scolaire et nous apporte une lettre du psychiatre soignant Mme B. Il a fait un certificat pour l'éducation nationale signalant le changement d'école de Prosper. En effet, Mr B. nous raconte que l'ancienne école de Prosper a réagi vivement à la solution trouvée par les parents et que l'inspecteur scolaire en a été prévenu. Un certificat médical a donc été demandé pour classer le problème administratif. Mr B. est content de nous montrer qu'en somme ils ont pu sortir de cet imbroglio. Il nous dit qu'il a voulu nous remettre la lettre du psychiatre lui-même et non pas par son fils pour nous expliquer tout cela.

Prosper se met alors à rouspéter contre ce psychiatre en affirmant qu'il ne comprend rien, qu'il n'est pas de l'enseignement et qu'il n'y connaît donc rien, que s'il le rencontre un jour, il va lui dire ce qu'il pense, qu'il va l'engueuler, etc.

Mr B. dit que toute cette agressivité est quelque chose de très positif pour son fils et qu'elle est très vive envers sa femme actuellement. Il dit que parfois même il tape mais que cela est nécessaire pour Prosper. Le psychiatre de sa femme aurait dit qu'il serait préférable que Prosper exprime son agressivité ailleurs que contre ses parents. Prosper réagit vivement et relance ses sagaces, "il n'y connaît rien, il ne comprend rien, mais rien, il ne connaît pas son travail". Il demande à son père de lui répéter ce que ce psychiatre a dit exactement. Mr B. lui répond qu'il le sait très bien et Prosper recommence à incendier le psychiatre. Mr B. dit alors que son fils est en train de grandir et que cette agressivité est une chose normale pour qu'il grandisse.

Nous intervenons pour dire que dans ces moments là, Prosper doit se sentir très mal et qu'il est important de continuer le traitement. Nous signalons à Prosper sa non-venue à sa séance. Mr B. nous dit qu'il l'a trouvé en train de roder autour du centre, qu'actuellement il s'oppose à tout. Prosper dit alors qu'il ne veut plus venir et nous demande "combien de temps cela va durer encore ?". Nous répondons qu'il sait déjà notre avis quant à la nécessité de continuer les entretiens et que nous ne pouvons pas dire quand le traitement s'arrêtera. Prosper reprend en disant qu'il ne veut pas revenir. Mr B. lui dit qu'il parlera de cela avec nous la semaine suivante. Nous signalons alors notre absence durant la semaine suivante et la superposition du férié de la Toussaint avec un jour de séance. Nous précisons que la prochaine séance sera dans trois semaines. Prosper nous demande

alors si la semaine prochaine nous sommes absents. Nous confirmons et lui proposons de lui donner un papier avec la date de la prochaine séance. Il accepte, le prend, le tourne dans tous les sens puis le froisse très fort et le déchire en petits morceaux qu'il met à la poubelle. Nous rapprochons cet acte de l'obligation dans laquelle il avait été lors d'une séance de déchirer ses dessins. Nous arrêtons l'entretien. Sur le palier, Mr B. essaie de nous parler encore un peu semblant vouloir dire quelque chose ou attendre quelque chose de nous. Il rappelle que tout est réglé pour Prosper et que la Commission de circonscription n'aura qu'à classer l'affaire. Nous prenons congé de Mr B. et de Prosper qui restait à l'écoute de cet aparté induit par son père.

NOTES DES DIX-SEPTIEME ET DIX-HUITIEME ENTRETIENS

C'est peut-être à cette époque que les séances avec Prosper et la dynamique qu'il y vivait furent le plus nettement en liaison avec la relation parents-thérapeute.

Prosper se présentait très opposé à toutes les règles de la psychothérapie. Il ne pouvait plus respecter les horaires, cherchait à éviter le temps des séances ou s'opposait pendant celles-ci en transgressant la loi de faire semblant et du jeu. Il s'attaquait aux objets présents dans le bureau, déchirait des papiers, journaux, brisait des petits objets, brutalisait les meubles. Ainsi, il nous mettait dans un dilemme où le risque était de quitter une position de compréhension et d'opter pour une attitude éducative, interdictrice. L'impression qu'il cherchait à se faire punir, que cette dynamique "caractérielle" était la recherche de "limites", tout cela envahissait notre contre-transfert. Nous dûmes souvent dans de telles circonstances faire appel à notre patience et à une compréhension future. L'idée que ceci devait avoir un sens et qu'avant de réagir il était souhaitable d'arriver à le trouver permit de différer nos contre-

réactions. Il est important de noter aussi que le fait de savoir qu'il serait possible d'exprimer toutes ces émotions dans un autre lieu et un autre temps (groupe de supervision) fut dans ces moments difficiles un agent de notre capacité à supporter cette agressivité.

Cette façon qu'avait alors Prosper d'exprimer un mécontentement nous est apparue être en partie induite par notre relation avec ses parents en ce que nous avons transgressé avec eux les règles fixées au début de la psychothérapie. En effet, si nous avons fait attention à ne pas considérer la réalité scolaire comme ayant à voir uniquement avec le réel, c'est à l'occasion de cette difficulté que nous avons accepté de voir Mr et Mme B. quand ceux-ci le désiraient sans que des rendez-vous aient été prévus. Nous nous sommes donc placés à leur égard dans une disponibilité totale, renforçant ainsi chez Prosper la tendance à ne pas supporter les limites de la loi.

D'autre part, cette agression continuelle de Prosper avait induit chez nous une culpabilité. Notre difficulté à comprendre ce qui se passait, verbalisée indirectement dans la répétition de la nécessité de continuer les séances, ce qui traduit notre sentiment que le processus thérapeutique était mis en danger à l'intérieur de nous, notre désir d'interdire, voire même de punir Prosper pour toutes les transgressions de la loi de la psychothérapie avait réveillé en nous une grande culpabilité. C'est ainsi que nous avons pu comprendre que nous risquions de reproduire la relation qu'il a avec sa mère et de chercher sans cesse ce que nous n'avons pas donné à Prosper et dont il nous fait le reproche ainsi. C'est dans une dynamique de réparation appelée par des sentiments de culpabilité que nous nous sentions piégés. Comme nous l'avons déjà signalé un cercle vicieux pouvait ainsi s'installer étant donné le refus par Prosper de nos tentatives

de réparation à visée déculpabilisante. On peut comprendre de cette façon notre besoin de donner à Prosper une note portant la mention de la prochaine séance, face à notre absence pendant quinze jours et l'obligation dans laquelle il a été de l'accepter et la déchirer.

Si nous venons d'insister sur l'aspect induction, contre-induction, il ne faut point négliger la dynamique personnelle de Prosper. C'est seulement ainsi que nous avons pu dans la psychothérapie permettre à Prosper de comprendre ce qu'il vivait dans ces interactions. C'est en fonction de sa propre dynamique oedipienne qu'il nous considérait comme une instance interdictrice à l'égard des désirs qu'il ressentait envers sa mère. Ainsi, nous est-il plus compréhensible qu'il ait pu nous faire ressentir le désir de la punir.

Les rencontres suivantes avec Mr et Mme B. vont nous montrer comment ceux-ci seront amenés à vivre et revivre certains conflits en rapport avec ceux que Prosper essaie de résoudre. Ces entretiens vont donc bien illustrer les interactions existant entre les conflits inconscients de l'enfant et de ses parents. Ces deux derniers entretiens ouvrent donc une dynamique dont la résolution devra s'élaborer à travers la suite de la psychothérapie et à l'occasion des remaniements pulsionnels de l'adolescence. L'absence de note marque cette ouverture.

DIX-NEUVIEME ENTRETEN (15 novembre)

Après la séance de Prosper, Mr B. demande à nous voir. Nous acceptons en signalant que l'entretien devra être court. Il nous explique que cela ne va plus du tout en famille, que Prosper est insupportable. Il nous dit de faire quelque chose pour qu'il soit moins agressif. Il explique que son fils s'oppose tout le temps à lui, lui répond et fait tout pour l'énervier. Il

continue en parlant de la difficulté à supporter deux personnes qui se font soigner : sa femme et son fils. Il affirme que Prosper n'est pas normal et qu'il ne pourra pas guérir, que le principal c'est déjà de le calmer. Il rappelle les problèmes scolaires et en déduit que son fils est incurable. Il pense que l'on ne veut pas lui dire qu'il est débile mais que ce n'est pas la peine de faire tant d'efforts. Il essaie d'annuler toute valeur au traitement. Nous lui signalons et essayons de comprendre pourquoi il est si défaitiste aujourd'hui. Il se défend de pouvoir mettre en cause notre travail mais pense qu'il est indispensable par moment d'avoir recours aux médicaments. Il nous explique que son fils est très souffrant actuellement et qu'un "traitement clinique" pourrait l'améliorer et l'aider. C'est donc pour le bien de Prosper qu'il nous demande une ordonnance. Nous lui signalons qu'il semble bien en difficulté actuellement et que nous comprenons qu'il puisse être fatigué de supporter toute sa situation. Il accepte mais argumente à nouveau la nécessité d'un traitement médicamenteux pour son fils. Il généralise en parlant des progrès de la médecine, des médicaments et revient à l'aide que tout cela pourrait apporter à Prosper. Sans que nous intervenions formellement il nous dit qu'il sait que nous ne sommes pas d'accord avec lui à ce sujet.

Nous essayons de faire appel à sa patience et à sa compréhension. Nous expliquons que les psychothérapies sont des traitements longs pour lesquels il faut beaucoup de courage et de patience à l'entourage. Nous lui disons qu'il n'est certes pas aisé de supporter un fils qui est devenu très agressif à son égard. Mr B. décrit une situation où Prosper lui dit de se taire, ou de partir, de le laisser seul avec sa mère. De plus, Mr B. reproche à sa femme de jouer le jeu de Prosper, de ne pas le soutenir, lui son mari. Il explique qu'ainsi Prosper peut toujours échapper à ce qu'il lui a ordonné. C'est une situation de mise en danger que Mr B. ressent où il vit l'attitude de sa

femme comme une tromperie. Il en déduit qu'il faut "calmer" son fils. "Il ne s'agit pas de l'endormir, dit-il, il ne faut pas l'abrutir". Après l'avoir écouté un long moment, nous lui disons qu'il faut arrêter là cet entretien. Il nous demande ce que nous pensons de l'idée d'aider Prosper autrement. Nous répondons très clairement que nous pensons que Prosper n'en a pas besoin actuellement, que seule la psychothérapie peut l'aider, que l'état médical de Prosper ne justifie pas l'emploi de médicaments et qu'il nous semble qu'il s'agit surtout d'une grande difficulté actuelle pour eux tous, à vivre ce moment. Nous répétons que cette difficulté ne peut être supprimée par des médicaments, que c'est en arrivant à la vivre qu'ils pourront ensuite être mieux. Nous arrêtons l'entretien.

VINGTIEME ENTRETIEN (11 janvier)

Mme B. vient au rendez-vous qu'elle a pris avec nous la semaine précédente. Prosper l'accompagne mais reste dans la salle d'attente quand nous allons chercher Mme B. pour l'entretien, sans que sa mère ou nous-même ne lui disions quoique ce soit.

Elle nous dit tout de suite qu'elle ne sait plus quoi dire maintenant qu'elle est ici. Nous lui répondons que c'est souvent comme cela. Elle parle alors de sa relation avec Prosper et du fait qu'elle ne sait plus comment s'y prendre avec lui. Il lui a dit il y a quelques jours qu'il voulait la "draguer". Elle a été un peu désemparée et lui a répondu qu'il verrait plus tard d'autres femmes. Elle nous explique qu'il cherche à se rapprocher d'elle et qu'elle en est gênée. Elle continue en disant qu'actuellement c'est difficile entre Prosper et son père, que ce dernier le punit quand il est polisson. Prosper ne lui vole plus d'argent à elle mais aurait tendance à en prendre à son père. Elle nous dit alors qu'un incident s'est produit chez eux et que Prosper nous en a certainement parlé. Il s'agit d'une revue pornographique

que son mari avait rangée dans un placard fermé à clé avec d'autres journaux. Prosper intrigué par ce lieu clos s'est débrouillé pour prendre la clé et la revue. Il répéta ensuite pendant plusieurs jours à ses parents "c'est dégoûtant ces gros nénés, etc...". Mr B. a alors décidé de jeter ces photos. Mme B. s'est aperçu depuis que Prosper en a gardé quelques unes mais elle n'a rien dit. Elle nous dit que Prosper semble porter beaucoup d'intérêt à la sexualité et il a voulu un jour dessiner une femme nue. Elle continue en disant qu'avant il demandait beaucoup de livres ou de jeux ayant trait au corps humain. Il en a donc beaucoup eu en cadeau, mais cela ne devait pas satisfaire sa curiosité vis à vis des problèmes sexuels" pense Mme B. Nous signalons simplement que Prosper a du penser qu'il s'agit de choses importantes et intéressantes puisque son père les avait rangées sous clé. Elle rit et confirme.

Puis, elle dit que quand Prosper était petit elle avait toujours tendance à le protéger et empêcher son mari de dire quoi que ce soit à son fils. Elle signale qu'elle a compris que cela n'était pas une bonne chose pour eux. Elle continue donc en se reprochant d'avoir été ainsi. Actuellement, elle accepte mieux les interventions de son époux. Le seul problème pour elle est celui de l'école. Elle a découvert qu'une rééducatrice s'est occupée de Prosper pendant toute une année sans qu'elle le sache (son fils ne lui a rien dit). Elle n'est pas contente et trouve que l'on fait trop de choses pour Prosper, que cela fait trois ans que des tas de gens essaient de s'en occuper, que ce n'est pas bon pour lui. Nous signalons que cela fait presque trois années que nous nous occupons de Prosper. Elle rit et dit que cela n'est pas pareil, qu'il a beaucoup changé depuis qu'il vient et qu'il n'y a qu'ici que son fils pourra s'améliorer. Elle nous demande alors notre opinion. Nous affirmons que le traitement mené ici peut apporter beaucoup à Prosper s'il

peut durer assez longtemps et nous continuons en disant que Prosper est assez intelligent pour s'apercevoir que ce qu'il fait avec nous n'est pas du même ordre que les rééducations. Elle se culpabilise tout de suite en signalant pour cette histoire de rééducations "c'est vrai, c'est mon problème et non pas le sien". Puis, elle dit que pour Propser il aurait fallu une institutrice à domicile. Une psychologue scolaire à qui elle en a parlé n'est pas d'accord avec cette solution pensant que cela couperait Prosper de l'école. De plus, Mme B. dit que sa maîtresse est très bien. Nous signalons que cela pourrait faire partie des solutions possibles et que ce qui est important c'est qu'ils en aient choisi une. Nous lui disons qu'elle pense toujours ne pas en faire assez pour son fils. Elle dit que sa paie ne lui permet pas cette solution mais qu'elle aurait aimer l'offrir à son fils. Elle dit alors qu'il s'entend bien avec sa maîtresse qui essaie de bien s'en occuper. En arrivant dans cette classe, il y eut un problème avec un autre enfant qui s'appelait de même prénom. Depuis Prosper écrit les deux premières lettres de son nom de famille juste après son prénom. Elle considère cela comme positif pour son fils. Nous décidons d'arrêter l'entretien et Mme B. part en s'excusant de nous avoir pris de notre temps.

oooOooo

CHAPITRE VI

PROPOS SUR LES TRANSFERTS

*"Et même, à la fin de chaque
vérité, il faut ajouter qu'on
se souvient de la vérité oppo-
sée".*

PASCAL

(*"Pensées"*)

Nous avons donc relevé les inquiétudes, les précautions et les options techniques de ceux que nous considérons comme nos maîtres, tant dans l'abord psychothérapique du petit d'homme bien difficile à approcher et à comprendre - ses mouvements intérieurs intenses et ses tendances à les traduire par les multiples canaux de communication à sa disposition mettant l'adulte face à son monde imaginaire propre, où il peut soit se précipiter comme par attrait de quelque vide ou bien levant les yeux oublier, presque, l'abîme qui fut le terrain de ses envolées - que dans l'élaboration métapsychologique qu'ils ont pu apporter.

Nous avons vu que les types de traitement proposés à cet enfant qui davantage perçoit s'il est compris ou non, sans toutefois demander à être soigné ou aidé, ont souvent été comparés et différenciés des traitements pour adultes. Ce faisant, on s'est peut-être attaché plus à la forme du traitement qu'à sa finalité - ce qui pourrait nous renvoyer à une réflexion sur la fin d'une thérapie d'un enfant ("La terminaison d'une analyse d'enfant" A. FREUD, 1970 ; "Du terminable dans une cure analytique avec un enfant" 1972, Scilicet n° 5) - problème très important du fait que nombre de thérapies sont interrompues par les parents et du fait également que l'aspect dynamique de la personnalité en évolution rapide de l'enfant oblige à intégrer à la notion de santé mentale l'existence de certains "symptômes normaux", inhérents à cette évolution et de ce fait temporaires, pouvant prendre place dans

la dimension structurante de la personnalité de l'enfant.

Enfin, à travers quelques cas l'importance des relations complexes parent-enfant-tiers a pu être mise en évidence. Il nous est apparu que nous sommes à l'intérieur d'un discours collectif et que l'expérience du transfert se fait entre le thérapeute, l'enfant et les parents. Notre réflexion va essayer maintenant de cerner certains aspects de cette expérience.

/A/

RELATION TRIANGULAIRE ET LINEAIRE

oooooooooooooooooooo * ooooooooooooooooooooo

Nous avons noté le balancement, existant chez les pionniers de la psychanalyse d'enfants, entre une mise à l'écart des parents, la conservation d'une distance importante, condition sine qua non pour éviter l'approche des conflits sous-jacents existant entre parent et thérapeute, et une autre qualité indispensable : celle que les parents soient analysés. Ces deux attitudes semblent se rejoindre quant au sens qu'elles prennent dans la relation Parent-Enfant-Tiers. C'est toute la relation parent-thérapeute qui est évincée soit par une non-rencontre, soit par une identification. Ainsi, le triangle symbolique de cette relation ne peut être conservé et on obtient une alliance totale avec formation d'un couple imaginaire - A. FREUD, comme nous l'avons signalé, parle en terme de divorce de la relation négative parents-thérapeute - ou bien une rupture réelle des échanges parents-thérapeute ouvrant très souvent une fantasmagorie avec projection et donc agressivité ou dépression de l'un des protagonistes par rapport à l'autre.

Actuellement, on peut de façon générale, voir un intérêt des thérapeutes pour la rencontre avec les parents. Mais, elle reste redoutée et, s'il n'est plus possible de l'évincer, nombreuses sont nos tentatives de tenir les parents à l'écart ou d'oublier que c'est l'enfant que l'on soigne et ainsi de les laisser envahir la scène, l'espace thérapeutique. Ceci nous pose le problème de notre transfert positif et négatif à leur égard

lié tant à nos images parentales personnelles qu'à ce que la situation psychotérapique induit en nous, thérapeute d'enfant.

Il est bien évident qu'il n'est point question de confondre relation tripartite et relation triangulaire, la première renvoyant à une réalité numérique, la seconde à un symbolisme structural. Pour éviter cela, nous pouvons élargir notre propos et montrer que cette relation tripartite n'est qu'une isolation arbitraire d'un nombre infini de personnes et institutions concernées (école, justice, services sociaux, médecine, etc...). Face au couple parent-enfant, la tentation est grande pour les représentants de ces institutions de se placer par identification proche de l'un ou de l'autre des membres de ce couple. Ainsi, pouvons-nous par exemple soit ignorer les parents et leur rôle éducatif, soit au contraire superposer notre fonction soignante à la leur. Dans ces deux cas, la conséquence est de replacer la relation Parent-Enfant-Tiers dans une configuration linéaire. Nous préférons cette acception à celle de relation duelle car elle permet mieux d'introduire un nombre non limité de protagonistes pouvant se placer sur cette ligne continue du côté de l'enfant, de celui des parents ou entre les deux.

A bien y regarder, une telle configuration place les différents membres dans des rapports d'alliance, de rivalité ou de neutralisation. C'est cette difficulté à se maintenir dans le "triangularis" face à la tendance à rechercher le "linéaris" qui peut expliquer les théorisations excluant les parents ou voulant les identifier au membre tiers. Dans le premier cas, parents et tiers se placent de part et d'autre de l'enfant pour se le déchirer, se le voler respectivement rappelant les rapt d'enfant au cours des divorces. Dans le second cas, l'identification parents-tiers, non analysée dans le jeu transférentiel existant entre eux, replace l'enfant dans une relation duelle où il pourra de façon

répétitive retrouver un mode relationnel connu de lui. Cette "linéarisation" de la relation Parent-Enfant-Tiers nous apparaît comme une tendance existant aussi bien lors d'une consultation que lors de thérapies au long cours et elle se traduit très clairement quand le tiers défend l'enfant contre ses mauvais parents ou quand il plaint les parents d'avoir si peu de chance et de devoir supporter un tel enfant. Ceci se traduit couramment dans notre langage de façon métaphorique quand nous disons "prendre le parti de", "se mettre du côté de", etc...

Différemment, le fait de donner un sens et ceci n'est possible que si notre relation aux parents, à l'enfant et aux autres institutions respectent certaines règles, nous place en situation triangulaire et crée une rupture de la configuration linéaire.

Cette capacité à donner un sens qui ne soit pas fermé sur nous-même et de ce fait donné et utile qu'à nous, appelle obligatoirement une autre triangulation entre les éléments de la relation linéaire, nous-même et une référence initiatrice (théorie, supervision).

Pour utiliser un autre langage et les travaux de CL. LEVI-STRAUSS, nous pourrions dire que pour sortir de la relation linéaire où le "cru" devient "pourri", il nous faut utiliser le feu et ainsi atteindre le "cuit" : "la conjonction d'un membre du groupe social avec la nature doit être médiatisée par l'intervention du feu de cuisine, à qui revient normalement la charge de médiatiser la conjonction du produit cru et du consommateur humain, et donc par l'opération duquel un être naturel est tout à la fois cuit et socialisé" (CL. LEVI-STRAUSS, "Le cru et le cuit", Plon, 1964, P. 342).

Mais, dans notre relation thérapeutique, pour devenir l'agent du feu, il nous faut aussi être cuit par celui-ci et être initié à son utilisation. Là, l'analyse personnelle, la supervision, et la connaissance théorique participent à cette initiation ou "cuisson". La configuration triangulaire se construit donc à partir d'une autre triangulation et ainsi de suite.

oooOooo

/B/

TRANSFERT ET RECHERCHE PATHOGENIQUE

oooooooooooooooooooo * ooooooooooooooooooooo

Nous nous sommes proposés précédemment pour compléter l'approche des théories génétiques contemporaines des troubles psychopathologiques de l'enfant, d'essayer de saisir les différentes formes de traitement que les auteurs contemporains utilisent et de voir quel sens ces changements de formes prennent pour ces auteurs. Nous pensons que l'exposé des théories de la génèse des troubles nous permet de mieux saisir l'importance quasi générale donnée à la relation parents-thérapeute.

En effet, telle est l'impression que l'on peut tirer des lectures des ouvrages récents. Ainsi, peu de cas présentés dans ceux-ci n'abordent la dynamique familiale et individuelle de chaque parent. L'absence de renseignements concernant la mère - c'est le cas de Hans - a souvent été déplorée et se retrouve aujourd'hui rarement dans les narrations de thérapies analytiques au long cours. Toutefois, comme nous avons déjà pu le signaler, les renseignements ainsi recueillis ne peuvent prendre place que dans une spéculation d'hypothèses pathogéniques et n'entrent pas dans le processus thérapeutique. Mais, et c'est bien là ce que ce travail peut essayer de montrer, l'attitude du thérapeute par rapport à ces renseignements, à l'anamnèse reconstituée par les parents et plus généralement par rapport aux personnalités de ces derniers, entre dans la décision de traitement et dans les possibilités d'évolution du processus psychothérapique.

En fait, comme le signalent S. LEBOVICI et M. SOULE : "la reconstruction (par le travail analytique) du milieu est nécessaire pour faire plus que de décrire les effets de l'échec des apports du milieu". Par contre, ceux-ci peuvent être appréciés par la recherche, la collecte des souvenirs tentant de reconstituer une anamnèse qui permet de mieux percevoir les accidents d'organisation du Moi pendant le développement de la personnalité. Comme le pensent les mêmes auteurs, cette biographie ne peut rapporter que des "situations vitales" telles que des séparations d'avec le milieu naturel, d'hospitalisation, de problèmes médicaux, de naissances de puînés, d'entrée à l'école, etc...

On retrouve une théorisation et une pratique analogue dans "la psychanalyse précoce" de R. DIATKINE et de J. SIMON où il n'est pas question des parents, de leur histoire lors du traitement de Carine. Mais, cette approche des personnalités au contact desquelles Carine a grandi, est faite dans une recherche théorique sur la genèse de la maladie "tous ces éléments sont indispensables si l'on veut discuter sérieusement de la genèse d'une structure". Ces auteurs signalent la difficulté à traiter ces informations et nous voudrions compléter leur réflexion en signalant que la narration ainsi faite par les parents - ceci est aussi vrai pour toutes thérapies passant par le canal verbal, mais lors d'un traitement long, la répétition des affects est plus nette qu'au cours de quelques consultations - voudrait traduire une histoire inscrite dans le temps. Il s'agit donc d'un véritable court-circuit où l'aspect diachronique de cette histoire doit être transmis dans une dimension synchronique, dans le hic et nunc de la relation. Pris dans une longue évolution des personnalités, des symptômes, le discours actuel les contient sans bien sûr les créer. Ainsi, l'objectivité de la reconstruction ne peut exister. Aujourd'hui, le sens que prend pour tel parent, face au psychiatre d'enfant poussant son investigation, tel

évènement de sa relation à son enfant s'imbibe de cette relation actuelle parent-thérapeute, comme il s'est aussi imprégné de toute la relation parent-enfant qui a évolué depuis cet évènement et peut de ce fait être connoté d'une teinte affective bien différente de celle qui hier a été suscitée par la rencontre du dit évènement et des personnalités impliquées.

Ainsi, cette mère qui nous signale que lors de la naissance d'un cadet, préoccupée qu'elle était par cette arrivée au monde, a dû mettre son aîné, "sans y être obligée", pendant un mois chez ses parents sans que cela soit alors, dit-elle, un problème pour elle ; aujourd'hui elle comprend mieux toute l'agressivité de son aîné à son égard et à l'égard du puîné en rapport avec son propre désinvestissement de l'époque sans toutefois accepter que ce désinvestissement ait pu être le reflet de ses propres sentiments agressifs qu'elle peut actuellement ressentir face à cet enfant, et qui l'amène donc à se culpabiliser de ce qu'elle considère comme une erreur éducative. Il nous serait aisé en effet de penser que l'enfant a réagi à l'agressivité inconsciente de sa mère à son égard s'exprimant dans cette mise à distance. Mais, si la culpabilité présente lors de nos entretiens peut renvoyer à des sentiments agressifs, il nous est bien difficile à travers quelques consultations de déduire le contexte affectif ayant amené et tenté la séparation. Ce qui nous apparaît c'est surtout la rupture d'une compréhension mutuelle, rupture dans la spirale transactionnelle où l'enfant s'est trouvé dans un état de frustration mettant en danger son économie interne, que l'on peut traduire comme étant une lutte entre les imago bonnes et mauvaises devenues très menaçantes. Puis, l'agressivité témoignant de la recherche d'une réassurance s'est installée entre la mère et son enfant qui dûrent venir consulter tant leur spirale relationnelle avait pris l'allure d'un cercle vicieux.

Ce rappel clinique signe bien notre limite quant à la reconstruction de la relation mère-enfant lors de l'évènement déclaré traumatisant car nous ne pouvons connaître "peu de choses concernant l'évolution de l'inconscient des parents et de leurs attitudes à l'égard de (leur enfant), depuis sa conception jusqu'à la crise ayant entraîné la première consultation". (R. DIATKINE, J. SIMON).

Pour notre étude, ce qui semble important c'est la question de savoir si cette recherche pathogénique avec ce que nous avons montré comme a priori à son sujet, intervient ou non dans le processus thérapeutique. Autrement dit, il s'agit d'apprécier si le savoir spéculatif accepté par le thérapeute intervient lors des premières rencontres dans ce que nous pourrions définir plus comme le transfert a priori et a fortiori, que comme le contre-transfert du thérapeute si nous utilisons ce terme dans la définition qu'en donne LAGACHE ou LAPLANCHE et PONTALIS : "ensemble de réactions inconscientes de l'analyste à la personnes de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci". Là, une rigueur terminologique est nécessaire car il semble que ces émotions vécues par le thérapeute soient bien induites par la rencontre professionnelle avec les parents de l'enfant amené à la consultation, mais qu'elles ne dépendent pas que de sentiments induits par le transfert de ceux-ci sur lui.

Le terme transfert a fortiori traduit la réactualisation de désirs inconscients du thérapeute liés à la situation présente qui est la rencontre avec des parents. Cette actualisation de situation apparaît stéréotypée, répétitive et obligatoire et demande donc un travail analytique personnel au thérapeute. Cette connotation de "a fortiori" nous permet d'insister sur l'aspect situationnel du transfert, celui-ci ne dépendant pas dans ce cas de la relation interindividuelle mais étant lié à un

caractère particulier (ici la qualité de parent) de cette rencontre, caractère qui vient forcer l'actualisation. Il s'agit donc de la rencontre par le thérapeute avec le signifiant "parent".

De même, la caractérisation de "a priori" traduit l'influence que peuvent avoir dans la rencontre Parent-Enfant-Tiers les options, les croyances, les conceptions du thérapeute sur le traitement, sur la génèse des troubles et de façon plus globale sur la maladie, la mort et les questions métaphysiques. Dans ce cas, on trouve une interaction entre la culture dont est issu le thérapeute et sa personnalité. Dans ce sens, on peut dire que les penchants du thérapeute pour telle ou telle théorie pathogénique peuvent intervenir de façon a priori dans le transfert du thérapeute.

Ainsi, l'importance du contre-transfert du thérapeute dans la relation parent-thérapeute semble pouvoir être discernée seulement quand les sentiments transférentiels propres au thérapeute ont pu être cernés et quand le transfert des parents sur lui est perçu dans la relation ; il s'agit donc de savoir si ce transfert ne va pas influencer la recherche pathogénique et par la rationalisation qu'elle peut composer, la décision et le choix du mode de traitement.

Ce n'est que plus tard dans un processus thérapeutique où transfert et contre-transfert auront pris forme que le contre-transfert du thérapeute envers tels parents de tel enfant viendra tenter d'influencer ce processus thérapeutique.

Ainsi, nous ne rejoignons pas tout à fait J. SIMON et R. DIATKINE quand ils affirment que les constructions pathogéniques "n'interviennent nullement dans notre décision thérapeutique et qu'elles n'ont aucune incidence sur la psychanalyse de

l'enfant. Seul entre en ligne de compte le diagnostic structurel,....".

Il nous semble que cette formulation isolant nettement deux phénomènes : notre recherche et notre vision pathogénique d'une part, notre décision et notre déroulement du traitement d'autre part, laissant supposer une capacité de connaissance et de contrôle de notre "transfert a priori et a fortiori" ainsi que de notre contre-transfert vis à vis des parents de l'enfant en soins, telle que seule une analyse touchant les deux infinis - et comme on le sait, par définition, ils ne sont point là où l'on pensait les trouver ! - pourrait nous le permettre. Ainsi, ce qu'expriment ces auteurs nous paraît représenter plutôt l'idéal du Moi thérapeutique du thérapeute ; la réalité semble plutôt être un essai d'avancer sur l'asymptote tendant vers cet idéal.

En effet, comment ne pas nous trouver influencés par nos connaissances, notre regard envers les hypothèses pathogéniques actuelles. Si, en effet, le processus thérapeutique idéal en est indépendant, il semble bien que la relation Parent-Enfant-Tiers en est imprégnée. Comme l'indiquent J. SIMON et R. DIATKINE, l'attitude, les personnalités des parents ne sont pas indépendantes de la possibilité de commencer et de continuer le traitement. "L'appréciation de l'attitude des parents n'intervient ici que dans la mesure où elle aurait pu constituer une contre-indication de la cure ; plus tard, il faudra veiller, bien entendu, à ce qu'elle n'entrave pas l'évolution de l'enfant...". Nous pensons que la relation que le thérapeute fait entre ces personnalités et les troubles de l'enfant ne peut pas ne pas influencer de la même façon décision et continuité du traitement.

Ainsi, dans les traitements psychothérapiques des enfants une défense importante, car recouvrant un but scientifique,

doit être prise en compte ; il s'agit de la rationalisation que le thérapeute est appelé à faire de sa relation aux parents à partir et dans sa recherche des hypothèses pathogéniques. Nous pensons que la mise en garde que font toujours les mêmes auteurs quand ils ordonnent "l'indication et la conduite d'une cure ne doivent pas être inspirées par des hypothèses pathogéniques dans le sens où on l'entend habituellement en médecine", renvoie à cette utilisation défensive possible.

Certes, une personnalité parentale fonctionnant sur un mode projectif et paranoïaque important avec des sentiments d'hostilité, de méfiance à l'égard du thérapeute et une dynamique persécutoire au sujet des troubles présentés par son enfant, si une telle personne vient consulter, appelle une grande prudence de la part du thérapeute et une hésitation quant à la décision d'un traitement. Mais, les éléments projectifs peuvent être vite présents dans la relation parent-thérapeute et nous pensons à la suite de J. DE AJURIAGUERRA que "le fait que des parents aient pu vivre des attitudes ou commentaires du thérapeute de leur enfant comme péjoratifs à leur endroit est hautement préjudiciable". Il nous est souvent apparu que notre recherche pathogénique peut aisément réveiller de telles défenses et ainsi entrer dans notre réflexion sur la décision thérapeutique à prendre. Ainsi, nous semble-t-il fondamental de pouvoir articuler "une recherche pathogénique" et "une aide aux parents" de telle façon que les éléments de culpabilité ou de persécution ressentis par eux puissent être abordés à l'intérieur de la relation Parent-Enfant-Tiers.

oooOooo

/c/ LE TRANSFERT DES PARENTS SUR LE THERAPEUTE D'ENFANT

oooooooooooooooooooooooooooo * ooooooooooooooooooooooooooooo

Tout au long de ce travail, nous nous sommes appliqués à montrer l'importance de la prise en compte de ce transfert des parents. Ceci nous a amenés à regarder de façon critique la position consistant à avoir comme règle la bipolarisation du traitement de l'enfant et de l'écoute des parents. A travers l'histoire de Prosper, nous avons vécu une bipolarisation des psychothérapies mais sans qu'une rupture existe entre le thérapeute de Prosper et le personnage parental en thérapie, sa mère en l'occurrence. Ainsi, chaque thérapie peut devenir l'expérience personnelle du sujet qui la vit. Il n'est donc pas question pour le thérapeute d'enfant d'envoyer tel parent "se faire soigner". Seule la perception intérieure des parents d'une telle nécessité pour eux peut les amener à faire une demande de soin. Nous pensons donc que la thérapie d'un enfant peut se faire sans que les parents soient placés eux aussi dans un processus thérapeutique. Toutefois, dans la mesure où enfant et parents restent en relation, il nous paraît actuellement très important d'écouter les parents, de prendre en compte leurs fantasmes au sujet de leur enfant et leur transfert sur notre personne.

Nous pensons aussi que la thérapie d'un enfant sert souvent de questionnement pour les parents et que ceci peut aboutir pour leur part à une demande de soin qui leur soit personnelle.

Nous allons essayer succinctement de voir quels sentiments

sont vécus et mis en scène par les parents dans leur relation au thérapeute.

Le transfert et son contenu mérite en effet toute notre attention dans la mesure où il est à considérer comme une résistance des parents face à leur propre problématique et à son dénouement. De ce fait, il peut devenir aussi une résistance majeure à la continuité du traitement de l'enfant quand les parents sont eux-même mis en danger par l'existence de ce traitement et l'évolution psychique de l'enfant.

S. FREUD, dans le cas Dora, impute à un défaut d'interprétation du transfert l'interruption prématurée de la cure. Une évolution est à noter à ce sujet dans sa pensée. Dans ses premiers écrits, le transfert est un mode de déplacement de l'affect d'une représentation sur une autre et semble ne pas faire partie de l'essence de la relation thérapeutique (LAPLANCHE et PONTALIS). Ainsi, la coopération confiante est plus rattachée à l'influence personnelle du médecin qu'au transfert. Ce n'est que plus tard qu'il fera du transfert la scène du processus thérapeutique et qu'il lui reconnaîtra sa double fonction de résistance à la remémoration du matériel refoulé en même temps que d'actualisation du passé infantile et de déplacement sur l'analyste : "Le transfert aussi bien dans sa forme positive que négative entre au service de la résistance ; mais entre les mains du médecin, il devient le plus puissant des instruments thérapeutiques et il joue un rôle qui peut à peine être surestimé dans la dynamique du processus de guérison". Et dans "La technique psychanalytique", il insiste sur le fait que "la tâche de dompter les phénomènes de transfert comporte les plus grandes difficultés pour le psychanalyste", mais que "c'est le terrain sur lequel la victoire doit être remportée...".

Si ces propos sont portés au sujet des cures d'adultes, ils nous apparaissent fort utiles à notre compréhension de la relation parents-thérapeute. Cette dynamique interpersonnelle où des parents nous font une demande à travers leur enfant et où nous tentons de l'écouter pour en saisir l'origine et le sens semble bien permettre et induire une relation transférentielle. De plus, le cadre, les règles de la rencontre, donnés aux parents vont aussi maintenir entre nous la possibilité d'actualiser certains conflits (en respectant ou transgressant les règles par exemple).

Ainsi, le problème fondamental qui apparaît dans notre activité est de savoir comment travailler sur le transfert des parents pour que la thérapie de leur enfant ne s'arrête pas, compte tenu du fait qu'il ne s'agit pas de devenir le thérapeute des parents. Là est une question qui se repose pour chaque nouvelle situation et famille. Quel cadre et quelle attitude tenant compte de leur demande proposer aux parents pour qu'une dynamique transférentielle puisse suffisamment se mettre en place et permettre une certaine élaboration interprétative ainsi qu'une alliance thérapeutique, tout en se présentant assez limitée dans la réactualisation des conflits et le déplacement sur le thérapeute pour éviter un véritable processus thérapeutique avec les parents ? Nous avons déjà noté l'importance de l'écoute des parents et de l'effet cathartique de la possibilité d'exprimer verbalement certains affects, souvenirs ou scénarios de la vie quotidienne. Nous avons aussi noté l'importance de la liaison qu'ils peuvent être amenés à faire entre ce que vit leur enfant et leur propre enfance, les renvoyant à ce qu'ils ont pu élaborer au sujet de la fonction de leurs parents et donc à leurs identifications oedippiennes. Il s'agit ainsi de leur permettre une meilleure compréhension par un essai d'identification à leur enfant. De plus, on ne peut négliger leur projection sur le thérapeute de leur idéal

éducatif. Une identification au thérapeute va aussi leur être utile pour tenter une réassurance sur leur capacité à être de bons parents ou à participer à la réparation de leur enfant.

Mais, nous voudrions insister sur le contenu ambivalent de leur façon de vivre le thérapeute, la thérapie toute entière de leur enfant.

Ainsi, notre écoute d'un parent, nous permet-elle d'entendre aussi bien des reproches que des compliments, des craintes que de la sérénité, de la méfiance que de la confiance, de l'agressivité que de la tranquillité.

De façon plus théorique, nous pourrions dire que dans toute relation avec des parents se mêlent un transfert positif (sentiments tendres) et un transfert négatif (sentiments hostiles). Les deux qualificatifs concernent les sentiments mis en scène et non point l'effet de ceux-ci sur le développement du traitement de l'enfant et de la relation parents-thérapeute. Cet effet dépendra de la possibilité de négocier ces sentiments, d'en comprendre les mobiles et de ne pas y répondre en les considérant comme des réalités.

Ce sont à notre avis les sentiments de dépression et de persécution, et donc les dynamiques projectives et introjectives jalonnant la relation parent-thérapeute qui mettent en péril la continuité du traitement. En effet, il est fréquent et nous l'avons déjà indiqué dans les quelques cas cliniques présentés précédemment que des éléments persécutoires dominent la scène et que la nécessité d'un passage à l'acte s'exprime dans l'arrêt du traitement. Certes, le thérapeute n'est-il pas toujours étranger à la résurgence de tels sentiments, mais il n'en est pas la source. De façon symétrique, peut-on voir la culpabilité des parents s'exprimer

par de la dépression. Suivant leurs défenses, ils seront alors amenés à considérer le handicap de leur enfant comme définitif ou bien à faire le maximum, et plus encore, pour lutter contre et pour "réparer". La première solution les met en quête d'un lieu adapté aux difficultés "irréversibles" de leur enfant, la seconde les pousse à une recherche perpétuelle du thérapeute magique tout puissant. Ces deux tentations se succèdent dans toute relation quelque peu prolongée avec des parents. Face à ces dynamiques, le thérapeute peut être amené à vivre les mêmes sentiments "Ce poids que consiste pour l'analyste un transfert maternel massif (fait de confiance totale autant que de méfiance absolue) met l'analyste profondément au cause ; cette situation peut provoquer chez lui des réactions persécutives ou dépressives selon ce qui a été atteint en lui comme matériel anxiogène précoce : c'est seulement à ce prix qu'il peut assumer avec succès la direction d'une cure". (M. MANNONI : "L'enfant, sa "maladie" et les autres"). Ainsi, le thérapeute aura-t-il dès les premiers entretiens à percevoir la réactualisation de tels vécus et la place qu'il est tenu d'y jouer. Ainsi, pourra-t-il aborder ce transfert en tant que résistance à l'installation d'un processus thérapeutique.

Si nous insistons sur cet aspect du transfert c'est que nous pensons qu'il est plus que tout autre, sujet à mettre en danger le thérapeute et à induire une rupture entre le thérapeute, l'enfant et les parents.

Certes, le transfert est en lui-même une résistance au processus thérapeutique, mais son contenu peut venir renforcer cette résistance. Tel est le cas quand les sentiments de perte, de dévalorisation ou d'attaque, d'accusation dominant la scène. Si ces sentiments se regroupent dans le fantasme du vol de l'enfant, ils touchent dans ce cas à des angoisses plus primitives

où c'est l'intégrité des parents qui est en jeu. Le "manque" et ses corollaires, la dépression et l'agression, sont alors les réalités psychiques transférées sur le thérapeute. Nous pourrions donc émettre l'hypothèse que plus le transfert se fait par la répétition d'une relation d'objet archaïque, plus le processus thérapeutique est difficile à mettre en place et à maintenir.

ooo0ooo

/D/ UTILISATION ET INDUCTION PAR L'ENFANT DE LA

RELATION TRANSFERENTIELLE PARENTS-THERAPEUTE

Nous avons déjà essayé de montrer dans l'étude de notre relation aux parents de Prosper ô combien ce problème est important. Là est la raison pour laquelle nous lui consacrons un paragraphe spécial bien que très succinct.

Au cours de la psychothérapie de Prosper, nous avons relevé l'attitude particulière de celui-ci vis à vis des séances en présence de ses parents. Ainsi, a-t-il pu aller chercher son père à son travail et lui demander de l'accompagner au centre et ensuite refuser devant lui de venir dans notre bureau. Souvent avec sa mère, s'est-il mis à s'opposer sur un mode plaintif au fait de se rendre à sa séance ou bien devant son père a-t-il affirmé qu'il ne viendrait plus au centre, que cela ne servait à rien.

D'autre part, il a manifesté différents sentiments à l'égard des rencontres parents-thérapeute. Il a soit très bien accepté que nous voyions ses parents seuls, soit manifesté son désir d'y assister et il s'est alors imposé contre l'avis de sa mère ou le nôtre, soit enfin refusé d'y venir et il est alors resté dans la salle d'attente.

Nous avons pu signaler que les rencontres parents-thérapeute sont investies et perçues par l'enfant en fonction de ses conflits intérieurs. L'exclusion, l'interdit sont tout à tour

les sentiments vécus par l'enfant à leur égard et projetés par lui sur cette rencontre. Il peut aussi s'introduire dans cette scène et essayer de réunir ou d'opposer parents et thérapeute.

C'est à ce sujet que nous pouvons donner une critique à notre façon d'aborder cette relation parents-enfant-tiers. En effet, en nous référant à l'entité "Parents", nous avons dénié une différence dont la valeur et la problématique qu'elle pose à tout un chacun n'est plus à démontrer. En exposant le cas "Prosper", nous avons relevé les attitudes différentes de celui-ci à l'égard des entretiens avec Mr. B. ou Mme. B. Ceci renvoie aussi à l'identité sexuelle du thérapeute. Une étude pourrait donc être menée pour évaluer comment se déroulent les relations père-enfant-thérapeute et mère-enfant-thérapeute et pour essayer de dégager leur spécificité. De façon plus générale, il n'est pas sans intérêt de tenir compte de l'implication des identités sexuelles des différentes personnes en présence pour comprendre l'organisation de leurs rapports. Ceci apparaît nettement pour Prosper qui à la fois veut être présent à nos entretiens avec sa mère et s'interdit d'y venir. Faisant de cette rencontre une scène de désirs, il nous place en concurrence et en interdicteur de son propre désir. C'est cette problématique oedipienne qu'il aborde au cours de ses séances en faisant sur nous un transfert paternel et, après une inversion de ce qui l'angoisse, en essayant de nous castrer de façon symbolique (pendant plusieurs séances, Prosper essaiera d'abîmer un appareil à tension présent dans le bureau et démontera tous les petits morceaux pouvant être enlevés. Ainsi, s'en prendra-t-il à un symbole phallique de notre fonction médicale).

Nous croyons donc qu'il n'est pas uniquement question de mettre Mme. B. et nous-même en rivalité pour savoir qui sera la meilleure mère, mais que la séparation que Prosper essaie

de réaliser entre sa mère et nous est sous-tendue par ses fantasmes envers la scène primitive.

La dynamique entre Mr B. et nous, induite par Prosper, nous est apparue moins nette. Parfois, il nous a opposés dans une rivalité où l'enjeu était de savoir qui avait raison. C'est en effet Mr B. qui posa le plus nettement le fait de savoir si le traitement que nous propositions était le plus adapté à son fils. Mr B. était tenté aussi bien de nous donner tout le pouvoir de décider pour son éducation que de nous refuser toute capacité à le soigner. D'autres fois, Prosper nous identifiait totalement et par exemple nous agressait l'un et l'autre.

En résumé, cette citation de S. DECOBERT résumera bien notre pensée : "(L'enfant) essayera de manipuler ces deux pôles pour éviter leur alliance ou les dissocier en sa faveur ou les détruire pour pouvoir les reconstituer, puis les prendre en partie et en tout comme objet d'identification... Le fait de dresser l'un contre l'autre les parents et les thérapeutes, ou le pédagogue et le thérapeute peut donc ne pas être une diffusion du transfert, mais un phénomène interne de l'évolution du transfert... Il importe donc que le contre-transfert des intéressés ne leur fasse pas perdre de vue la signification exacte de la part de provocation inconsciente de l'enfant au conflit, dans les évolutions différentes du transfert".

Pour terminer, nous ferons seulement quelques remarques.

Nous savons que les parents ont tendance à vivre une relation transférentielle avec le thérapeute de leur enfant et nous avons vu que la persécution, la dépression, tout comme l'identification, la séduction étaient le contenu de ce transfert. Ainsi, l'enfant va-t-il trouver un terrain tout prêt où projeter

ses différentes imago et où mettre en scène ses désirs et les scénarios les traduisant. Là, réalités extérieures et réalités psychiques peuvent venir se superposer. C'est dans ce cas que le traitement sera mis en danger et il est donc très important de permettre aux parents de percevoir que les tentatives de leur enfant reflètent ses conflits intérieurs et qu'il n'est point question de les actualiser et de les réaliser dans la relation parent-thérapeute.

Ainsi, si les transferts des parents sur le thérapeute sont à prendre en considération, c'est surtout pour saisir en quoi l'enfant en est l'inducteur ou bien comment il va les utiliser à des fins défensives. C'est donc l'attention portée plus sur l'intervention de l'enfant dans la relation parents-thérapeute que sur les transferts personnels des parents qui permettra de poursuivre le traitement. Ceci nous invite à aborder la fonction du fantasme "on vole un enfant" dans les dynamiques transférentielles et contre-transférentielles.

oooOooo

/E/ UN ASPECT PARTICULIER : LE FANTASME "ON VOLE UN ENFANT"

[illegible]

Nous voudrions insister maintenant sur un contenu des contre-transferts en jeu dans les thérapies d'enfant. Avant d'essayer de poser quelques questions à ce sujet, nous tenons à préciser que cette réflexion n'est pas à réduire à la situation psychothérapique. Chaque personne s'occupant d'enfants est confrontée à certains sentiments inconscients à la base des motivations et des investissements en jeu dans son activité. C'est dans la mesure où ces fantasmes inconscients seront à l'origine de conflits entre différentes instances de la personnalité, que l'intérêt pour l'enfant sera chargé de formations réactionnelles, de justifications, rationalisations ou de contre-investissements. Par contre, dans la mesure où l'énergie liée à ces fantasmes inconscients peut être libérée, déplacée et utilisée au but choisi, l'individu aura la possibilité de réaliser son activité sociale et de s'y réaliser.

Ainsi, toutes les professions tournées vers l'enfant et l'enfance sont concernées par notre propos. Les personnes choisissant de telles activités pourront peut-être retrouver ici des questions qui ne leur sont point étrangères.

Nous avons signalé précédemment au sujet de ce sentiment, ce fantasme de vol d'enfant, qu'il appartient au contre-transfert en tant qu'il fait partie "des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement

au transfert de celui-ci" (LAPLANCHE et PONTALIS). Il est certes difficile de délimiter très exactement ce qui est réaction au transfert des parents et de l'enfant, c'est à dire contre-transfert, de ce qui est actualisation des désirs inconscients du thérapeute, c'est à dire transfert. De même, ce fantasme peut aussi appartenir au transfert des parents ou à leur contre-transfert en tant que réaction au transfert de l'analyste. Nous savons (M. NEYRAUT, D. LAGACHE : La méthode psychanalytique ; Le problème du transfert) que dans la situation thérapeutique transfert et contre-transfert sont présents, tous deux, chez chacun des protagonistes et qu'il n'est pas simple de préciser lequel a été le premier et a ainsi induit le second.

Si nous parlons de contre-transfert, c'est pour marquer plus particulièrement le vécu du thérapeute sollicité par la situation de la thérapie d'enfant, par les fantasmes des parents concernant sa place auprès de leur enfant et par l'utilisation du transfert des parents par l'enfant. Ces fantasmes sont présents dès la première rencontre et sont liés à la façon dont tels parents vivent les difficultés de leur enfant (vécu d'impuissance, d'incapacité, culpabilité, dépression, sentiments de persécution).

Avant d'étudier ce que peut induire le fantasme contre-transférentiel "on vole un enfant" chez le thérapeute, nous allons essayer de voir quelles angoisses sont mises en jeu dans ce fantasme et quelle est sa fonction.

Quand nous avons abordé le vécu des parents face à la thérapie de leur enfant, les sentiments de dépression et de persécution nous sont apparus très facilement réveillés. C'est le transfert en tant que répétition d'une relation de type pré-génital qui semblait alors tenter la relation parent-thérapeute.

Nous allons donc revenir quelques instants sur les angoisses de type prégénital revécues à travers le fantasme de vol. Celles-ci semblent s'exprimer dans le désir d'être la meilleure mère. Une rivalité s'organise entre parents et thérapeute pour savoir à qui l'enfant attribuera ce qualificatif, lequel sera choisi par l'enfant en tant que bon objet. Ceci apparaît avoir comme conséquence le fait d'empêcher la mise en place des conflits oedipiens. Dans une telle dynamique, le fantasme de vol s'accompagne d'un combat, la coopération, l'effort commun et le partage des rôles sont rendus impossibles.

Cette dynamique pose le problème du "manque", l'amour de l'enfant étant nécessaire à combler la dépression de l'adulte. Dans le jeu des équivalences, l'enfant est alors associé à l'objet détenu. Les adjectifs possessifs sont dans ce cas utilisés pour qualifier l'appartenance. Avoir peut apporter des jouissances mais suscite également des angoisses de perte, de vol et donc des sentiments de jalousie, de persécution, de frustration et une tendance à faire des comparaisons, à évaluer des différences. De même l'enfant peut être objet de l'envie, sentiment dans lequel se regroupent les tendances agressives de l'oralité (avidité) et de l'analité (avarisme, désir de posséder). Cette envie d'avoir un enfant trouve ses bases dans le désir qu'ont pu avoir garçons et filles de porter des enfants comme leur mère et de lui voler les enfants qu'elle avait à l'intérieur d'elle. Ceci était vécu avec anxiété et culpabilité pendant l'enfance puisqu'envisagé comme un acte d'agression envers la mère, maternité et paternité seront ainsi l'occasion de réparer fantasmatiquement la mère attaquée, dépossédée.

Toutes les dynamiques que nous venons de décrire se situent autour du quantitatif, de l'avoir, que cela mette en jeu l'absorption, l'incorporation ou la rétention. C'est la composante

agressive de telles pulsions qui sera à l'origine de certaines culpabilités futures et des besoins de réparation. Mais, ces angoisses de type archaïque ne sont-elles pas vécues dans une dynamique d'un autre ordre ?

Ainsi, après avoir montré certaines composantes prégénitales du fantasme "on vole un enfant", nous voudrions porter une critique à une tendance qui serait de ne voir dans ce fantasme que le rôle des angoisses archaïques aux dépens des facteurs oedipiens, ou vice et versa. En effet, la tentation des interprétations prégénitales semble souvent grande face aux angoisses de castration et aux désirs et interdits oedipiens. Nous pourrions dire, de façon plus nette encore, que des explications élaborées à partir de notre connaissance de la relation mère-enfant, de l'oralité et des fantasmes concernant la scène primitive sont fréquentes, voire faciles. Nous pensons que dans nombre de fantasmes sont mêlés des éléments de l'oralité, de l'analité, de la problématique de la différence des sexes et enfin de l'oedipe. Chaque dynamique vient reteinter les éléments des angoisses et désirs plus archaïques dans une configuration concentrique. Les scénarios définitifs ne seraient-ils pas la restructuration de scénarios originaires et de ce fait, ne pourrait-on pas les envisager composés de strates concentriques successives, chacune venant apporter un remaniement et une coloration spécifiques aux précédentes et aux suivantes ?

Nous allons maintenant replacer le fantasme de vol d'enfant dans la dynamique oedipienne. Il semble qu'il soit présent dans les fantaisies que l'enfant est amené à créer pour essayer de sortir des angoisses liées aux conflits entre ses pulsions et désirs (ça) et entre les interdits de satisfaction qu'il ressent en lui (Surmoi). C'est donc pour sortir de cette situation où désir incestueux et interdit de l'inceste sont ressentis

de façon concomitante que le Moi est amené à créer une fantaisie, appelée par S. FREUD : le "roman familial". Cette fantasmagorie met surtout en scène un changement de filiation et principalement de filiation paternelle (*Mater est certissima sed pater semper incertus*). En se vivant descendant de parents mythiques au rang social très élevé, l'enfant poursuit deux buts : replacer ses parents dans une situation de toute-puissance et ne plus craindre les risques encourus de par ses désirs incestueux et ses pulsions agressives envers des parents.

Le fantasme de vol, d'enlèvement ou de rapt existe à côté d'autres fantasmes où c'est le fait d'avoir été abandonné puis adopté, perdu puis trouvé, sacrifié puis sauvé qui est mis en scène (Naissance mystérieuse de l'Enfant trouvé). De même, l'enfant peut se vivre né d'une relation adultérienne que sa mère aurait eu avec un prince charmant et il s'assure ainsi de bien être l'enfant du désir sinon de la jouissance (Naissance honteuse et glorieuse du Bâtard). Ce faisant, il peut se libérer de tous les devoirs envers ses parents et s'autoriser à nourrir à leur égard des sentiments de dédain et de vengeance. L'enfant s'explique aussi de cette façon l'hostilité qu'il peut percevoir ou imaginer chez ses parents à son égard. Notons que S. FREUD insistait sur l'intensité de ces fantasmes chez les garçons. Mais, ici déjà, se révèle l'influence du sexe, le garçon étant, de beaucoup, plus porté à avoir des motions hostiles contre son père que contre sa mère..." (Névrose, psychose et perversion). De plus, son premier article sur le roman familial parut dans "le mythe de la naissance du héros" de O. RANK et ceci témoigne de l'importance que FREUD fait jouer à cette fantaisie dans les destinées.

S. FREUD insiste au sujet de la genèse de ces fantaisies, sur la progression du contenu du roman familial en fonction des théories sexuelles de l'enfant. Il indique ainsi que

dans le premier stade le fantasme sert surtout à redonner aux parents une toute-puissance qu'ils sont en train de perdre dans la perception plus élaborée que l'enfant se fait du monde adulte (Stade asexuel), puis que dans le second stade, la connaissance des différences sexuelles, des désirs et relations érotiques, vient remanier l'histoire du roman. Là encore, trouve-t-on des éléments pré-oedipiens et oedipiens intimement imbriqués à l'intérieur des fantaisies du roman familial : "De cette façon, les premiers fantasmes, en quelque sorte asexuels, sont portés au niveau de la connaissance désormais acquise". C'est ce que nous dit aussi Marthe ROBERT quand elle écrit "Le roman adulte hérite à son tour la survivance de cet âge archaïque, mais d'autre part, il ne lui est pas donné d'être aussi ignorant des choses de la vie, ni aussi totalement isolé du monde que l'est par force le premier mythe enfantin, jamais par conséquent il n'est tout à fait exempt d'éléments "oedipiens"...".

En résumé, nous pourrions insister sur la double fonction au niveau narcissique (mégalomanie) et au niveau des conflits objectaux du roman familial dans la dynamique oedipienne. C'est bien comme défense contre les vécus d'exclusion puis contre les angoisses liées aux désirs incestueux et au parricide qu'il apparaîtra sous ses deux formes successives.

D'autre part, il paraît intéressant de voir son devenir (conscient chez l'enfant, il devient inconscient chez l'adulte) et ses implications dans le monde des créations artistiques, littéraires ou scientifiques. A ce sujet, M. ROBERT montre comment le romancier est tenté de s'engager dans le monde s'il tient du Bâtard oedipien ou d'en créer un autre si c'est l'Enfant trouvé qui parle le plus fort en lui.

Après avoir fait du fantasme "on vole un enfant" et

du roman familial une création à valeur de compromis, de défenses contre certaines angoisses, nous pouvons aussi nous interroger sur les bénéfices que peut en tirer l'enfant. Certes, avons-nous déjà parlé de la revalorisation narcissique, de l'essai de séparer les parents ou d'être dans la scène primitive (triade narcissique de Bela GRUMBERGER), de changer de lignée filiale et enfin de la possibilité de se rapprocher de l'objet désiré sans avoir à craindre le châtement spécifique (castration ou aveuglement d'oedipe).

Mais, dans ce scénario et ses conséquences, c'est du changement, de la substitution des parents qu'il s'agit avec l'idée qu'on a été volé, trouvé, etc... Que dire du désir de voler un enfant ou d'être volé ? Là, notre morale est harponnée vivement. Il nous suffit de parcourir les réactions journalistiques pour voir ô combien le rapt d'enfant est banni, condamné tant par nos lois que par nos réactions passionnelles. Mais, l'enfant ne vit-il pas un autre scénario complémentaire où ce sont les plaisirs de la fugue qu'il met en jeu, ceux-ci étant renforcés de la séduction attendue dans le vol. Là de nombreux désirs mégalomaniques et érotiques sont aussi vécus par l'enfant mais peuvent se porter au delà des limitations de la cellule familiale. C'est bien ce qu'essaient de montrer P. SCHERER et G. HOCQUENGHEM quand ils parlent du désir de l'enfant : "L'enfant est fait pour être enlevé, nul n'en doute. Sa petitesse, sa faiblesse, sa joliesse y invitent. Nul n'en doute, à commencer par lui-même". C'est alors la recherche d'une réalisation des désirs de l'enfant et de l'adulte à son égard qui peut expliquer les formes sociales où l'enfant est l'objet du commerce des adultes. Le terme porte son ambiguïté et nous renvoie à une autre ambiguïté, celle de la possession. Ainsi, les mondes de l'avoir et de la jouissance se croisent-ils, le premier venant masquer le second. C'est par le vol, le rapt que l'enfant peut errer dans l'étrange, l'insolite et le monde libre des plaisirs "pervers" ; c'est seulement dans

cette rêverie qu'il peut être représenté comme objet de désir. Les auteurs sus-cités essaient de montrer que le rapt n'est pas réductible à un fantasme. Ils voient dans l'association vol de l'enfant-fantasme du roman familial une réduction de la valeur de ce qu'ils appellent le rêve d'enlèvement. Ce vol est pour eux une échappée possible, une réalité envisageable, "une autre possibilité de l'histoire", une liberté d'orienter ses désirs vers d'autres personnages que père et mère. Ainsi, parlent-ils d'une "tendance irrépressible au vagabondage" distordue par les pressions et organisations sociales. L'enfant est alors considéré comme naturellement porté vers "l'échappée", "le dehors" ce qui traduirait sa différence fondamentale avec l'adulte "irréremédiablement limité par les cercles de codifications où il se meut...".

Le rapt est alors dans sa réalité libérateur face à l'appropriation familiale de l'enfant, vécue comme une violence. Ainsi, l'enfant ne peut-il être reconnu comme être, objet de désir qu'au décours du vol : "Le rapt révèle ce qu'il (l'enfant) a d'irréductible dans sa précieuse individualité".

Si une telle réflexion a le mérite de nous interroger sur la tendance à enfermer l'enfance, ses délices et merveilles, vécus par nous à travers nos propres fantaisies d'adultes, et à raffiner nos systèmes oppressifs, elle risque d'aborder la vie fantasmatique et la place sociale de l'enfant avec un système où repères psychanalytiques et sociologiques essaient de s'imbriquer, aux dépens peut-être d'un approfondissement de chaque axe de réflexion.

Ainsi, serions-nous tentés de discuter de la fonction d'un tel désir de vol et des rêveries qui y sont associées. Nous pouvons, ainsi que l'enfant, les retrouver dans nombre de contes de fée. N'y a-t-il point là une élaboration parallèle ou

postérieure au roman familial et qui met en scène l'abandon des parents comme objet de désirs et l'attente du baiser du prince charmant ou du soulier de verre de Cendrillon en tant que sujets du réveil des pulsions sexuelles ? C'est ainsi que l'on peut voir dans cette rêverie un essai de résolution du complexe d'oedipe, la puberté et l'adolescence venant concrétiser cette attente et cette rêverie d' "échappée", de fugue suscitée par l'existence de l'autre, objet du désir et sujet du désir d'être désiré ; fugue qui prend alors la forme d'un enlèvement. Cette tentative de résolution des dynamiques oedipiennes, contrairement au roman familial, s'élabore non pas en déformant la réalité des géniteurs, mais bien plutôt en imaginant une libération du désir des parents. De prisonnier qu'il peut se sentir dans ce désir, l'enfant élabore une issue possible où c'est le désir d'un autre désiré et désirant qui viendra le sauver en le séduisant et le volant. A y regarder de plus près, il s'agit peut-être de se libérer du désir des parents mais aussi de son propre désir à leur égard. Cet autre par la réalisation du rapt vient mettre fin aux anciennes idylles auxquelles il ne serait point facile de renoncer seul.

Le rôle de ce scénario, de cette attente du sauveur n'est donc pas de modifier la réalité pour échapper à certains dangers mais bien plutôt de reconnaître ces dangers et de leur chercher une solution. Très réaliste, la rêverie du désir d'être voler sert surtout à différer une issue à la réalité perçue et aux angoisses qui y sont liées. Elle est à la base du conte en tant que le dénouement en est nécessairement heureux. Si cette mise en scène d'une issue heureuse appartient au roman familial, c'est de façon parallèle aux phases décrites par S. FREUD marquées par la construction d'une autre réalité et qui sont plutôt des fantasmes hallucinatoires. Nous proposons alors l'acception "conte d'enfance" pour définir ce qu'est l'élaboration d'une fin heureuse

pour les désirs et conflits, mis en scène aussi dans le "roman familial". Ainsi, le "conte d'enfance" est-il chargé d'espoir, de liberté, de plaisirs puisque "la fin du conte est littéralement sa finalité : il n'a rien d'autre à dire que ce triomphe différé à plaisir, qui est le sens et le but de sa démonstration" (M. ROBERT). Nous percevons mieux les rapports de ce conte d'enfance et de la réalité. En effet, c'est sa réalisation que nombre d'adolescents essaieront de vivre. Ne déformant pas la réalité, le conte est donc moins impliqué dans les pathologies névrotiques que le "roman familial". Pour conclure, nous pouvons nous interroger pour savoir si le "on vole un enfant" appartient au roman familial de par la déformation existant dans le scénario fantasmatique, ou au "conte d'enfance" de par la perspective de réalisation heureuse, d'issue libératrice des désirs et interdits perçus par l'enfant dans son intimité. Il faudrait donc approfondir les mises en scène de "on vole un enfant" et mieux percevoir les éléments du fantasme (Scénario défensif de l'enfant volé du "Roman familial") et de la rêverie (Désir d'être volé du "Conte d'enfance"). Il semble en fait qu'il réussisse par plusieurs façons différentes d'exprimer un même matériel inconscient.

Peut-être, est-ce la fin des amours d'antan qui est ressenti par les adultes quand leurs enfants adolescents "partent" vivre leurs émois amoureux. C'est dans ce cas toujours l'autre qui est rendu responsable d'avoir détourné (d'eux) les désirs de leur enfant. Dans ce scénario, l'enfant n'abandonne pas ses parents, il peut leur garder toute sa tendresse et accepter de ne plus leur réserver ses désirs sexuels sans en être culpabilisé : il a été volé !

Revenons quelques instants à la situation psychothérapique. Nous pouvons comprendre mieux maintenant les craintes des parents. Celles-ci ne sont point seulement d'être de "mauvais"

parents mais aussi de ne plus être l'objet du désir de leur enfant. Parallèlement, le thérapeute vit certaines fantaisies où l'enfant est présent. Effrayé par son désir interdit et par l'intérêt que l'enfant va porter à son identité sexuelle et donc aux objets de son désir, il peut avoir recours pour la compréhension de ce qui se passe en lui à une explication ne tenant compte que de sa tentation de devenir la bonne, la meilleure mère, tentation présentant moins de dangers pour lui. Il peut aussi, très culpabilisé par ce qu'il vit intérieurement, chercher à se réassurer par l'intermédiaire des parents. Toute une floraison de conduites de réassurance peut ainsi être observée. C'est en fait seulement par le travail analytique et l'interprétation que la réalisation du roman familial sera évité grâce à la compréhension par le patient de sa vérité : "... l'interprétation du transfert se situant en fait pour empêcher l'élaboration et la manifestation d'un roman familial" (S. LEBOVICI et M. SOULE). Si comme le dit R. BARANDE, dans la Naissance exorcisée, notre profession, la situation de la cure met en scène un inceste, il n'est pas étonnant de voir apparaître des mécanismes de défenses exprimés souvent par le scénario du roman familial. Face à celui-ci "un des pièges du contre-transfert n'est-il pas la façon dont nous percevons le désir du patient de nous choisir comme parent idéal et de nous prendre à ce miroir proposé ?" (S. LEBOVICI et M. SOULE). Nous pourrions ajouter à ceci qu'un autre piège serait de nous percevoir comme étant le libérateur de l'enfant, l'acte de libération se faisant grâce aux désirs existant entre lui et nous. Toutefois, comme le signalent très justement S. LEBOVICI et M. SOULE : "il faut néanmoins convenir que seules progressent finalement les analyses des patients qu'on a, plus ou moins tôt dans le cours de leur traitement, adoptés" ou pourrait-on dire qui ont une place dans notre désir. La difficulté consiste à ne pas placer l'enfant dans la fantasmagorie de notre propre roman familial, et de craindre donc qu'il ne sorte de ce rôle. Nous percevons

là un blocage possible du processus thérapeutique de par notre contre-transfert. Mais, la culpabilité est le sentiment qui émane le plus souvent de ces tentations. Ainsi, à mettre l'enfant à l'intérieur de notre propre fantasmagorie, nous pouvons nous vivre voleur-séducteur des enfants de notre mère, ou bien pouvons-nous nous sentir coupables de ne pas arriver à tenir la place qui nous est réservée dans le roman familial de l'enfant. Là encore, ces difficultés intérieures risquent d'être vécues en conflits réalisés avec les parents, la conséquence la plus fréquente étant alors l'arrêt du processus psychothérapique.

Ce désir de ravir les enfants posera encore beaucoup de questions à tous ceux qui voudront bien être sensibles au ravissement du ravi et du ravisseur.

De la possibilité de vagabonder, de nous égarer un temps en ce lieu, nous voilà ravis.

oooOooo

C O N C L U S I O N S

ooooooooooooooooo * ooooooooooooooooooooo

Ce travail est le fruit d'une longue et lente évolution dont les rencontres avec des parents et des enfants ainsi que les influences de psychanalystes d'"écoles" différentes ont été les agents.

C'est à partir d'un questionnement et du cheminement de celui-ci que nous avons essayé d'approcher les aléas d'une relation Parents-Enfant-Tiers.

UN QUESTIONNEMENT

- . Du lieu d'une fonction soignante, quelle est notre place face au couple parents-enfant ?
- . Notre rôle est-il celui d' "autre" marqué de sa fonction, de thérapeute ou de tiers ?
- . Quel est celui que tel parent nous invite à tenir et celui que nous aimerions jouer ? De cette confrontation de deux désirs est-ce l'alliance, la rivalité ou la négociation qui va émerger ?
- . Quel est le sens des conflits et des aménagements cherchant à les éviter, naissant dans toute relation tripartite Parent-Enfant-Tiers ?

- S'agit-il d'un repas cannibalique où la

lutte pour l'enfant témoigne de nos boulimies ?

- S'agit-il de la prise et de la défense du château fort où l'enfant-trésor sera jalousement gardé ?
- S'agit-il d'une tentative de prendre place dans l'intimité parent-enfant et d'éliminer, comme ailleurs, l'un des membres de cette scène primitive ?

Ces scénarios concentriques semblent en fait toujours présents. Ils nous sont apparus se regrouper à l'intérieur du fantasme "on vole un enfant". Porteur de constructions prégénitales, celui-ci est actualisé dans le conflit oedipien où voler un enfant à l'autre prend le sens de voler au parent-rival la jouissance recherchée avec le parent-désiré.

Ces questions sur notre place et notre désir à l'intérieur de la relation triangulaire - qui a, comme nous l'avons vu, tendance à vouloir se linéariser - permettent l'amorce d'une interrogation fondamentale à l'origine de ce travail : en quoi, cette place et ce désir interviennent-ils pour permettre ou empêcher une relation Parent-Enfant-Tiers de se construire et de se poursuivre sur un mode thérapeutique ?

D'autre part, ces questions nous ont semblé pouvoir nous éclairer sur les choix et optiques pathogéniques et sur les modes thérapeutiques qui en découlent.

UN CHEMINEMENT

Il s'est déroulé au travers des approches cliniques et théoriques que nous avons pu effectuer. Si celles-ci sont constamment imbriquées dans notre vécu et notre "être au monde", elles

ne peuvent toutefois se réaliser de façon simultanée. Des temps privilégiés existent pour l'un ou pour l'autre, mais qu'il s'agit de vivre ce travail. C'est dans l'essai de vivre intérieurement ces deux approches que notre évolution trouve son essence.

Ce voyage dans l'univers des idéologies concernant les pratiques et leurs théorisations, ainsi que dans les oscillations et balancements de notre transfert, nous a permis de trouver un lien entre options pathogéniques et processus thérapeutiques.

Celui-ci semble dépendre quant à sa forme de celles-là, en tant qu'elles sont présentes en nous lors de la rencontre avec le signifiant parent (transfert a fortiori). L'héritage culturel tel que le savoir scientifique contemporain, notre façon d'aborder la maladie, le mal-être, le soin, ainsi que notre recherche d'une compréhension de ce qui reste "mystère" pour nous, est aussi actualisé lors de cette rencontre et peut aussi même marquer la mise en place d'un processus thérapeutique (transfert a priori).

Ainsi, nous avons tenté de porter notre attention vers tout ce qui pouvait obscurcir notre capacité à regarder et écouter la réalité de ces autres nous parlant d'eux. Nous avons de ce fait essayé de cerner un phénomène appelé par nous "transposition". Il définit la tendance à considérer comme étant la réalité de l'autre, ce que celui-ci nous fait ressentir.

En conclusion, nous pensons que la possibilité de rester tiers et de devenir thérapeutique réclame trois capacités (et trois temps) :

• Celle de contenir le discours de l'autre, ainsi que notre savoir général et les émotions, fantasmes qu'ils nous induisent.

• Celle de les laisser circuler en nous, sans privilégier ou interdire certaines fantaisies et de nous en divertir.

• Celle d'élaborer un sens à ces inductions et ainsi de restituer à l'autre une meilleure compréhension de lui-même.

C'est cette capacité qui est le garant d'une triangulation de la relation tripartite, les deux premières pouvant exister dans des systèmes duels ou linéaires. En effet, cette dernière réclame le recours à une théorisation ou à une supervision placée elle-même en position tierce par rapport à la situation vécue et à notre discours sur celle-ci.

Cette triade "contenir, divertir, élaborer" nous semble favorable, par la création qu'elle rend possible de réponses qui tiennent compte des fantasmes mis en scène dans les interactions transférentielles parents-thérapeute, à l'évolution de la relation Parent-Enfant-Tiers et à la prévention d'une neutralisation ou d'une interruption du processus thérapeutique.

oooOooo

LE PRESIDENT DE LA THESE

Pr M. COLIN

LE DIRECTEUR DE

L'UER LYON NORD

Pr Ag. J.P. NEIDHART

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 19 avril 1978

LE PRESIDENT DE L'UNIVERSITE

CLAUDE-BERNARD - LYON I

Pr D. GERMAIN

T A B L E D E S M A T I E R E S

oooooooooooooooooooo * ooooooooooooooooooooo

	Pages
<u>PREAMBULE</u>	1
<u>INTRODUCTION</u>	10
<u>CHAPITRE I : PARCOURS HISTORIQUE</u>	19
/A/ Freud thérapeute d'enfant	
/B/ Les pionniers de la psychanalyse d'enfant	
I A. Freud	
II M. Klein	
<u>CHAPITRE II : ORIENTATIONS PATHOGENIQUES ET SOINS</u>	55
/A/ "Les parents en question" : d'un questionnement pathogénique	
I Carences maternelles et familiales	
II Influences pathogènes	
III Relation de cause à effet et culpabilité	
IV Discussion : relation transactionnelle et pathologie interactionnelle	
/B/ Modes d'approche en fonction des options pathogéniques	
I Thérapie et éducation	
II De quelques pratiques	
III Au delà des techniques	
<u>CHAPITRE III : FORME ET CONTENU DE LA RELATION PARENTS-THERAPEUTE</u>	90
/A/ De la question éducative	
I Le conseil	
II Education et psychogénèse	
III La relation éducative	
/B/ De la "réalité" scolaire	
/C/ Place des parents dans le processus thérapeutique	
I Les parents comme agent thérapeutique	
II Les parents face à la relation enfant-thérapeute : réactions et réponses	

<u>CHAPITRE IV</u> : D'UN CHEMINEMENT	127
/A/ Célia ou de l'évolution des parents	
/B/ Marie-Cécile ou de l'évolution des soignants	
/C/ Emeric ou de notre propre évolution	
<u>CHAPITRE V</u> : PROSPER, SES PARENTS ET SON PSYCHOTHERAPEUTE : D'UN APPEL A LA REPARATION	149
<u>CHAPITRE VI</u> : PROPOS SUR LES TRANSFERTS	211
/A/ Relation triangulaire et linéaire	
/B/ Transfert et recherche pathogénique	
/C/ Transfert des parents sur le thérapeute d'enfant	
/D/ Utilisation et induction par l'enfant de la relation transférentielle parent-thérapeute	
/E/ Un aspect particulier : le fantasme "on vole un enfant"	

oooOooo

B I B L I O G R A P H I E

ooooooooooooooooooooo * ooooooooooooooooooooo

Ouvrages ou articles utilisés ou cités dans le texte.

- (1) ABRAHAM (N.) et TOROK (M.) - Introduction in "Essais de psychanalyse" de M. KLEIN.
- (2) AINSWORTH (M.D.S.) - The development of infant - mother attachment, rev. child developm, res, 3.
- (3) AJURIAGUERRA (J. DE) - Manuel de psychiatrie de l'enfant, Paris, Masson, 1974, part I, part III, ch. XX à XXIII.
- (4) BAUER - Psychothérapie : mère et enfant. RFP, 1953, pp 387 - 397.
- (5) BENEDEK (Th.) - Parenthood as a development phase ; a contribution to the libido theory in J. amer. Ps. Assoc., 1959, VII, 3, pp 389 - 417.
- (6) BETTELHEIM (B.) - 1967, La forteresse vide, Paris, Gallimard, 1969.
- (7) BETTELHEIM (B.) - Psychanalyse des contes de fées, Paris, Laffont, 1976.
- (8) BOWLBY (J.) - Soins maternels et santé mentale, O.M.S., Genève, 1951, Monogr. n° 2.
- (9) BOWLBY (J.) - L'anxiété de la séparation in Psych. de l'enfant, Paris, 1962, t. V, n° 1, pp 317 - 335.
- (10) BOWLBY (J.) - Attachment and Loss. The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, London, 1969.
- (11) BRAUNSCHWEIG (D.) et FAIN (M.) - 1976, La nuit, le jour (essai psychanalytique sur le fonctionnement mental), Paris, P.U.F., 1976.
- (12) BURLINGHAM (D.) et FREUD (A.) - Enfants sans famille, Paris, P.U.F., 1949, 1 vol.
- (13) BURLINGHAM (D.) - In co-operation with Alice GOLDBERGER and André LUSSIER. Simultaneous analysis of mother and child, P.A.S. of the Child, New-York, X.
- (14) BUXBAUM (E.) - Technique of Child Therapy : a critical evaluation, P.A.S. of the Child, 1954, t. IX.
- (15) CAHIERS DE L'O.M.S. - 1951, n°2, "Soins maternels et santé mentale".
- (16) CAHIERS DE L'O.M.S. - 1961, n° 14, "La carence de soins maternels, réévaluation de ses effets".

- (17) CHILAND (C.) - La psychanalyse des enfants en 1920 et en 1974, *Psychiatrie de l'enfant*, 1975, XXVIII, 1, 211.
- (18) COSNIER (J.) - A propos du livre de Maud MANNONI : L'enfant arriéré et sa mère, in *R.F.P.*, 1965, t. XXIX, n° 2-3, pp 305 - 310.
- (19) CRAMER (B.) - La relation parent-enfant comme objet de la psychothérapie. *Revue de Neuropsychiatrie infantile*, 24è année, sept. 1976, n° 9.
- (20) DECOBERT (S.) - Problèmes pratiques posés par les rapports de la neuropsychiatrie infantile et de la pédagogie in AJURIAGUERRA (J. DE) : Le choix thérapeutique en psychiatrie infantile, Paris, Masson, 1967.
- (21) DECOBERT (S.) et SOULE (M.) - La notion de couple thérapeutique, *R.F.P.*, Paris, 1972, vol. XXXVI, n° 1.
- (22) DIATKINE (R.) et FAVREAU (J.) - Le psychiatre et les parents, *Psychiatrie de l'enfant*, III, n° 1.
- (23) DIATKINE (R.) - Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale de l'enfant, in *Psychiatrie de l'enfant*, Paris, 1967, X, 1.
- (24) DIATKINE (R.) - Etat actuel de la psychanalyse d'enfant, *Psychiatrie de l'enfant*, Paris, 1971, XXIV, 1.
- (25) DIATKINE (R.) et SIMON (J.) - De la psychanalyse précoce, Paris, P.U.F., 1972.
- (26) DOLTO (F.) - Préface in *Le premier rendez-vous avec le psychanalyste* de M. MANNONI, Paris, Denoël - Gonthier, 1965.
- (27) DOLTO (F.) - *Le cas Dominique*, Paris, Seuil, 1971.
- (28) DOLTO (F.) - *Psychanalyse et pédiatrie*, Paris, Seuil, 1971.
- (29) FREUD (A.) - *Psychoanalysis and education*, P.A.S. of the child, 1954, t. IX.
- (30) FREUD (A.) - *Le traitement psychanalytique des enfants*, Paris, P.U.F., 1955.
- (31) FREUD (A.) - *Le Moi et les mécanismes de défense*, Paris, P.U.F., 1954.
- (32) FREUD (A.) - *Le normal et le pathologique chez l'enfant*, Gallimard, 1968, coll. "Connaissance de l'Inconscient".
- (33) FREUD (A.) - *L'enfant dans la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1976, coll. "Connaissance de l'Inconscient".
- (34) FREUD (S.) - 1905 - *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1962, coll. "Idées".
- (35) FREUD (S.) - 1909 - *Analyse d'une phobie chez un petit garçon de cinq ans : le petit Hans* in *Cinq psychanalyses*, Paris, P.U.F., 1954.
- (36) FREUD (S.) in RANK (O.) - 1909 - *Le roman familial* in *Le mythe de la naissance du héros*, Wien, Dentike edit., 1909.

- (37) FREUD (S.) - 1909 - Le roman familial des névrosés in *Névrose, Psychose et Perversion*, Paris, P.U.F., 1973.
- (38) FREUD (S.) - 1914 - "Remémorer, répéter, élaborer" in *La technique psychanalytique*, Paris, P.U.F., 1953.
- (39) FREUD (S.) - 1915 - *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1952.
- (40) FREUD (S.) - 1918 - Extrait de l'histoire d'une névrose infantile, l'Homme aux loups in *Cinq psychanalyses*, Paris, P.U.F., 1954.
- (41) FREUD (S.) - 1919 - "On bat un enfant" in *R.F.P.*, Paris, Denoël, 1933, vol. VI, n°2.
- (42) FREUD (S.) - 1920 - Psychogénèse d'un cas d'homosexualité féminine, *R.F.P.*, Paris, Payot, 1951.
- (43) FREUD (S.) - 1932 - *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1936.
- (44) FURMAN (E.) - Treatment of under-fives by way of their parents, *P.A.S. of the child*, 1957, vol. XXII.
- (45) GREENACRE (P.) - Quelques considérations sur la relation parent-nourrisson, *R.F.P.*, 1961, t. XXV, n°1.
- (46) GRUNBERGER (B.) - *Le Narcissisme*, Paris, Payot, 1971.
- (47) HARTMANN - *Psychologie du Moi et problèmes de l'adaptation*, Paris, P.U.F., 1968.
- (48) HELMAN (I.) - Simultaneous analysis of mother and child in *P.A.S. of the child*, vol. XXV.
- (49) HOCHMANN (J.) - "Une émotion contenue", *Réflexions sur le soin*, Bull. du C.E.S. de psychiatrie de la région Rhône-Alpes, n° 10, janv. 1978.
- (50) HOCQUENGHEM (G.) et SCHERER (R.) - *Co-ire*, Album systématique de l'enfance, Recherches, 1976, n° 22.
- (51) HUG-HELMUTH (H.) - A propos de la technique de l'analyse des enfants, *Psychiatrie de l'enfant*, 1975, t. XVIII, n°1.
- (52) ISAACS (S.) - Nature et fonction du fantasme in *Développements de la psychanalyse*, Paris, P.U.F., 1966, pp 64 - 114.
- (53) JACCARD (R.) - Préface in *Psychanalyse d'un enfant de Mélanie KLEIN*.
- (54) JOSEPH (I.) et FRITSCH (P.) et BATTEGAY (A.) - *Disciplines à domicile ; L'édification de la famille. Recherches*, Fontenay-sous-Bois, 1977, n° 28.
- (55) KLEIN (M.) - Le roman familial "in Statu Nascendi", *Intern. Zeitschrift für psych.*, Berlin, 1930, t. VI, pp 151 - 155.
- (56) KLEIN (M.), ISACCS (S.), HEIMAN (P.) et RIVIERE (J.) - *Developpements de la psychanalyse*, P.U.F., 1966.

- (57) KLEIN (M.) - Essais de psychanalyse, Paris, Payot, 1967.
- (58) KLEIN (M.) - La psychanalyse des enfants, Paris, P.U.F., 1969.
- (59) KLEIN (M.) - Psychanalyse d'un enfant, Paris, Tchou, 1973.
- (60) KREISSLER (L.), FAIN (M.), SOULE (M.) - L'enfant et son corps, Paris, P.U.F., 1974.
- (61) KRIS (E.) - Infantile neurosis, P.A.S. of the child, 1954, t. IX.
- (62) KRIS (M.) - The use of prediction in a longitudinal study, P.A.S. of the child, 1957, vol. XXII.
- (63) LACAN (J.) - Sur la famille, L'encyclopédie française, Paris, 1939.
- (64) LACAN (J.) - Ecrits, Paris, Seuil, 1966.
- (65) LAING (R.D.) - Noeuds, 1971, Paris, Stock.
- (66) LAING (R.D.) - La politique de la famille, 1972, Paris, Stock.
- (67) LAPLANCHE (J.) et PONTALIS (J.B.) - Fantômes originaires, fantômes des origines, origine du fantôme. Les temps modernes, Paris, Julliard, 1964, 19^e année, n° 215, pp 1832 - 1868.
- (68) LAPLANCHE (J.) et PONTALIS (J.B.) - Vocabulaire de la psychanalyse, Paris, P.U.F., 1967.
- (69) LEOVICI (S.) et DIATKINE (R.) - Etude des fantômes chez l'enfant, R.F.P., Paris, 1954, vol. XXVIII, n° 4, pp 109 - 159.
- (70) LEOVICI (S.) et Mc DOUGALL (J.) - Un cas de psychose infantile, P.U.F., 1960.
- (71) LEOVICI (S.) - Aperçu des recherches sur la notion de carence maternelle in Cahiers de l'O.M.S., n° 14, pp 74 - 94.
- (72) LEOVICI (S.) - La vie et l'oeuvre de M. KLEIN, Psychiatrie de l'enfant, Paris, 1961, vol. IV, fasc. 1.
- (73) LEOVICI (S.) et BRAUNSCHWEIG (D.) - A propos de la névrose infantile, Psychiatrie de l'enfant, Paris, 1907, vol. X, fasc. 1, pp 43 - 122.
- (74) LEOVICI (S.), SOULE (M.) - La connaissance de l'enfant par la psychanalyse, Paris, P.U.F., 1970.
- (75) LEOVICI (S.) et KESTEMBERG (E.) - (Sous la direction de ...) Le devenir de la psychose de l'enfant, Paris, P.U.F., 1978.
- (76) LECLAIRE (S.) - On tue un enfant, Paris, Seuil, 1975.
- (77) LUSTIN (J.J.) - Le médecin, les parents, et l'enfant débile et psychotique. Rev. Hyg. et Méd. Soc., 1970, t. XVIII, n° 1, pp 141 - 150.
- (78) LUSTIN (J.J.) - in BERGERET et COLL, Abrégé de psychologie pathologie, Paris, Masson, 1972, Ch. XII, pp 205 - 255.
- (79) MALEVAL (J.C.) - Hystérie et psychose infantile, L'Information psychiatrique, vol. LII, n° 7, juil. 77.

- (80) MALHER (M.) - Symbiose humaine et individuation, Psychose infantile, Paris, Payot, 1913.
- (81) MANNONI (M.) - Education impossible, Paris, Seuil, 1913.
- (82) MANNONI (M.) - Le premier rendez-vous avec le psychanalyste, Paris, Denoël-Gonthier, 1965.
- (83) MANNONI (M.) - L'enfant, sa "maladie" et les autres, Paris, Seuil, 1907.
- (84) MANNONI (M.) - L'enfant arriéré et sa mère, Paris, Seuil, 1964.
- (85) MANNONI (M.) - Un lieu pour vivre, Paris, Seuil, 1976.
- (86) MILLER (W.H.) et VIALA (H.) et RIVIERE (B.) - La formation comportementale des parents, rev. de Neuropsychiatrie infantile, 1977, vol. XXV, n° 10, pp 591 - 602.
- (87) MOOR (L.) - Histoire de la pédagogie curative ou spéciale, Rev de Neuropsychiatrie infantile, vol. XXV, n° 10, pp 603 - 616.
- (88) NEYRAUT (M.) - Le Transfert, Paris, P.U.F..
- (89) PICHON-RIVIERE (A.A.) - Quelques considérations sur le transfert et contre-transfert dans la psychanalyse d'enfant, R.F.P., janv., juin 1952.
- (90) RACAMIER (P.C.) - Etude clinique des frustrations précoces in R.F.P., Paris, 1953 et 1954, t. XVII, n° 3, et t. XVIII, n° 4.
- (91) RACAMIER (P.C.) - Intervention faite à LYON le 12 mai 1977 (Hôpital Saint-Jean-de-Dieu), publiée dans le bulletin de liaison du C.E.S. de psychiatrie de la région Rhône-Alpes, n° 10, janv. 1978.
- (92) RICHTER (H.E.) - Cité par AJURIAGUERRA (J. DE) in Manuel de psychiatrie de l'enfant.
- (93) ROBERT (M.) - Roman des origines et origines du roman, Paris, Gallimard, 1972.
- (94) RUTTER (M.) - Cité par AJURIAGUERRA (J. DE) in Manuel de psychiatrie de l'enfant.
- (95) SANDLER et NAGERA - Aspects de la métapsychologie du fantasme, R.F.P., Paris, 1964, vol. XXVIII, n° 4, pp 473 - 506.
- (96) SCILICET N° 5 - Du terminable dans une cure analytique avec un enfant, Paris, Seuil, 1975.
- (97) SOULE (M.) et CAILLE-WINTER (F.) - Les bases d'une coopération entre pédiatre et psychiatre dans l'action préventive en matière de santé mentale chez l'enfant. Sauvegarde de l'enfance, Paris, 1962, XVII, 5-6, mai-juin, pp 400 - 405.
- (98) SOULE (M.) - Contribution clinique à la compréhension de l'imaginaire des parents. A propos de l'adoption ou le roman de Polybe et Mérope. R.F.P., Paris, 1968, vol. XXXII, n° 3, pp 419 - 464.
- (99) SPITZ (R.A.) - Le non et le oui. Génèse de la communication humaine, Paris, P.U.F., 1962.

- (100) SPITZ (R.A.) - De la naissance à la parole. La première année de la vie, Paris, P.U.F., 1968.
- (101) STEIN (C.) - L'enfant imaginaire, Paris, Denoël, 1971.
- (102) STERN (A.L.) - Qu'est-ce que consulter pour un enfant ? Journées d'études des centres psycho-pédagogiques, mai 1966.
- (103) WINNICOTT (D.W.) - De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1969.
- (104) WINNICOTT (D.W.) - Processus de maturation chez l'enfant, Paris, Payot, 1970.
- (105) WINNICOTT (D.W.) - L'enfant et sa famille, Paris, Payot, 1971.
- (106) WINNICOTT (D.W.) - La consultation thérapeutique chez l'enfant, Paris, Gallimard, 1972.
- (107) WINNICOTT (D.W.) - Jeu et réalité, Paris, Gallimard, 1975.
- (108) ZAZZO (R.) - (Publié sous la direction de...) L'attachement, Neuchâtel (Suisse), Delachaux et Niestlé, 1974.

oooOooo

NOUS REMERCIONS LES LABORATOIRES S P E C I A DE LEUR AIDE

DANS LA REALISATION DE CE TRAVAIL.

